

# **UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

FACULTAD DE FARMACIA

Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica



## **TESIS DOCTORAL**

El seguro obligatorio de enfermedad en España: responsables técnicos y políticos de su implantación durante el franquismo

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

**M<sup>a</sup> Gloria Redondo Rincón**

Director

**Antonio González Bueno**

**Madrid, 2013**

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE FARMACIA**  
DEPARTAMENTO DE FARMACIA Y TECNOLOGÍA  
FARMACÉUTICA



**EL SEGURO OBLIGATORIO DE ENFERMEDAD EN  
ESPAÑA: RESPONSABLES TÉCNICOS Y POLÍTICOS  
DE SU IMPLANTACIÓN DURANTE EL FRANQUISMO**

Memoria que, para optar al grado de Doctor,  
presenta la Licenciada en Farmacia,

**D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> GLORIA REDONDO RINCÓN**

Director:  
**Dr. ANTONIO GONZÁLEZ BUENO**  
Universidad Complutense de Madrid

Madrid, 2012





Universidad  
Complutense  
Madrid

Antonio González Bueno, Catedrático de Historia de la Farmacia y Legislación farmacéutica, adscrito al Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica, Facultad de Farmacia, Universidad Complutense de Madrid.

INFORMA:

Que el trabajo de investigación titulado “El seguro obligatorio de enfermedad en España: responsables técnicos y políticos de su implantación durante el franquismo” realizado, bajo mi dirección, por D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Gloria Redondo Rincón, constituye un trabajo original de investigación y reúne los requisitos exigidos como memoria de tesis doctoral, por lo que autorizo su presentación para que sea admitido a trámite y juzgado por el tribunal que se designe.

En Madrid, a 6 de julio de 2012

Antonio González Bueno





Dedico este trabajo a mi familia, en especial a Gaston y a Sonsoles,... y a mi director de tesis, Antonio González Bueno, por su ayuda, paciencia y comprensión.



## Agradecimientos

Quiero expresar mi sincero agradecimiento a todas aquellas personas que, de alguna manera, han contribuido a que esta memoria de doctorado se hiciera realidad, y especialmente:

Al Dr. Antonio González Bueno, director de esta tesis, por darme la oportunidad de desarrollar este trabajo, sin cuya ayuda y asesoramiento hubiera sido imposible alcanzar el fin de esta investigación.

Al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, por facilitarme el acceso al Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión; en particular, a D. Anselmo Barreales, quien me ha orientado en la búsqueda documental, con absoluto rigor y siempre con paciencia y amabilidad; y a la responsable de la magnífica Biblioteca del Instituto, Mª Jesús Ameiz, por su diligencia y confianza.

A la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, por permitirme el acceso al Archivo histórico de los medicamentos registrados en España y por el interés mostrado en este trabajo, muy especialmente, a su Secretario General, Francisco Javier Muñoz Aizpuru quien, en todo momento, me ha ayudado con gran profesionalidad.

Al Instituto Nacional de la Seguridad Social, en particular a sus dos últimos Directores Generales: José Antonio Panizo Robles y Mª Eugenia Martín Mendizábal, por su gran apoyo e interés, y a los funcionarios del Fondo documental del Instituto.

A la Biblioteca del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, cuyos funcionarios han favorecido mi labor de selección, en particular a Felisa Suárez.

Al personal del Archivo histórico del Congreso de los Diputados, de la Biblioteca Nacional de España, de las bibliotecas de las Facultades de Farmacia y de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid y a la Biblioteca de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Barcelona, por las facilidades dadas para la consulta de los fondos que en ellas se custodian.

A mi marido, Gaston, por su empeño en transmitirme el amor por la curiosidad y su experiencia investigadora, y a mi hija, Sonsoles, por su apoyo incondicional, y por su interés en las conclusiones de esta tesis, largamente comentadas.

La realización de este trabajo ha contado con el patrocinio del Plan Nacional I+D+I (2008-2011), auspiciado por el Ministerio de Ciencia e Innovación, bajo el proyecto HAR 2009/09564, “La industria farmacéutica en la España autárquica”.

Madrid, julio 2012

## Índice

INTRODUCCIÓN	015
Estado de la cuestión y objetivos de la investigación	015
Material y método	017
 CAPÍTULO 1. La regulación sanitaria española y la previsión privada de la enfermedad, desde la Constitución de 1812 hasta la Constitución de 1931	 021
1.1. La sanidad desde la Constitución de 1812 hasta el inicio del reinado de Amadeo I de Saboya (1870)	022
1.1.1. Principales manifestaciones jurídico-institucionales de la sanidad preventiva y asistencial	027
1.1.2. Principales manifestaciones jurídico-institucionales de la sanidad asistencial pública: la beneficencia	047
1.1.3. La sanidad asistencial privada y su previsión: entidades de seguros mutuos y sociedades de socorros mutuos	055
1.2. La sanidad desde el reinado de Amadeo I de Saboya (1870) hasta el comienzo de la II República (1931)	074
1.2.1. Principales manifestaciones jurídico-institucionales	087
1.3. La sanidad durante la II República (1931-1936)	097
1.3.1. La Constitución de 1931	103
1.3.2. Principales manifestaciones jurídico-institucionales	117
 CAPÍTULO 2. Los seguros sociales en España: antecedentes del seguro obligatorio de enfermedad	 127
2.1. Hacia un modelo de previsión social de la enfermedad: la precariedad económica de las sociedades de socorros mutuos y el movimiento obrero	127
2.1.1. La Comisión de Reformas Sociales, el Instituto de Reformas Sociales y el Instituto Nacional de Previsión	132
2.2. El seguro de enfermedad en otros países europeos, antes de su implantación en España	148
2.3. La Conferencia Nacional de Seguros Sociales. Madrid, 1917	150
2.4. La Conferencia Nacional de Seguros de Enfermedad, Invalidez y Maternidad. Barcelona, 1922	162
2.5. La cuestión del seguro de enfermedad ante la X Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo. Ginebra, 1927	172
2.6. La Constitución de 1931 y las Leyes de 1932 de ratificación de los convenios de la Organización Internacional del Trabajo sobre el seguro de enfermedad	180
2.7. Unificación de seguros sociales	189
2.8. Las reorganizaciones ministeriales de 1934 y 1935: el aumento del peso de la previsión social en la actividad del Gobierno	200
2.9. El proyecto de implantación del seguro de enfermedad	205

<b>CAPÍTULO 3. La Ley del seguro obligatorio de enfermedad aprobada por el Gobierno de Francisco Franco en 1942: los responsables técnicos y políticos de su implantación</b>	<b>227</b>
3.1. La nueva configuración de la Administración pública: de la Comisión Nacional de Previsión Social al Ministerio de Organización Y Acción Sindical	227
3.2. La reorganización del Instituto Nacional de Previsión	232
3.3. La normativa de previsión social aprobada por el 'Nuevo Estado'	241
3.3.1. El discurso de José Antonio Girón de Velasco: los 'objetivos logrados'	241
3.3.2. La conferencia de Luis Jordana de Pozas: los 'problemas laborales'	245
3.4. La Comisión redactora del anteproyecto de Ley del seguro obligatorio de enfermedad	247
3.5. Los trabajos de la Comisión redactora del anteproyecto de Ley del seguro obligatorio de enfermedad [1941-1942]	252
3.5.1. Las primeras sesiones de la Comisión	252
3.5.2. Conclusiones de las ponencias realizadas por la Comisión	262
3.5.3. Las reuniones de la Comisión posteriores a la elaboración de las ponencias	272
3.5.4. El anteproyecto de la Ley del seguro obligatorio de enfermedad	284
3.6. La Comisión para el examen y estudio del anteproyecto de Ley del seguro obligatorio de enfermedad	284
3.7. La Comisión de enlace para elaborar las normas de funcionamiento del servicio médico del seguro de enfermedad	289
3.8. Intensificación de la previsión privada de forma paralela al desarrollo de la previsión pública: la Ley de mutualidades de 1941 y el mutualismo laboral	292
<b>CAPÍTULO 4. La Ley del seguro obligatorio de enfermedad y su desarrollo reglamentario</b>	<b>303</b>
4.1. La aprobación de la Ley del seguro obligatorio de enfermedad de 1942	303
4.2. Elaboración del reglamento de la Ley del seguro de enfermedad: Comisión redactora del anteproyecto del Reglamento del seguro de enfermedad	314
4.3. Los trabajos de la Ponencia redactora del anteproyecto del Reglamento del seguro obligatorio de enfermedad	318
4.4. La Comisión redactora del proyecto del Reglamento de la Ley del seguro de enfermedad	329
4.4.1. Los trabajos de la Comisión redactora del proyecto del Reglamento	331
4.4.2. Texto definitivo del proyecto del Reglamento de la Ley del seguro de enfermedad	338
<b>CAPÍTULO 5. La organización del servicio sanitario del seguro obligatorio de enfermedad: los servicios médicos y la prestación farmacéutica</b>	<b>341</b>

5.1. Organización y normas de funcionamiento del servicio médico del seguro obligatorio de enfermedad	344
5.1.1 La selección de médicos del seguro de enfermedad	352
5.1.2. El Plan Nacional de instalaciones sanitarias	355
5.1.3. Entidades colaboradoras en la gestión del seguro obligatorio de enfermedad	357
5.2. Organización y normas de funcionamiento de la prestación farmacéutica del seguro de enfermedad	363
5.3. Controles del precio y del gasto de los medicamentos en el Seguro Obligatorio de Enfermedad: <i>Petitorio...</i> del Seguro de Enfermedad (1951) y <i>Catálogo de especialidades farmacéuticas incluidas en el petitorio...</i> (1954)	375
<b>CAPÍTULO 6. La industria farmacéutica en la España franquista (1936-1957): la comercialización de las penicilinas y su inclusión en el <i>Catálogo de especialidades farmacéuticas...</i> (1954)</b>	<b>413</b>
6.1. La industria en la España franquista (1936-1957): el sector farmacéutico	414
6.2. La fabricación y comercialización en España de las penicilinas: primeros registros sanitarios	441
6.3. Las penicilinas en el <i>Petitorio...</i> del Seguro Obligatorio de Enfermedad	476
<b>EPÍLOGO</b>	<b>491</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>493</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>505</b>
<b>FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>509</b>
Fuentes	509
Bibliografía	524





«Le goût du risque et le désir de la sécurité représentent deux tendances fondamentaux de l'esprit humain. Suivant les individus et les groupes sociaux mais aussi suivant les époques, l'une ou l'autre tendance prédomine».

Paul Durand. *La politique contemporaine de Sécurité Sociale*. París: Librairie Dalloz.1953 (pág. 1).



## INTRODUCCIÓN

### Estado de la cuestión y objetivos de la investigación

La implantación del seguro obligatorio de enfermedad en España, en la mayor parte de la bibliografía disponible, se consigna como uno de los logros del Gobierno de Francisco Franco, porque es durante su Gobierno cuando se aprueba la Ley de 1942 en la que se establece. Son pocos los trabajos en los que se analizan las actuaciones individuales de los cargos políticos y técnicos que participaron en la aprobación de esta Ley; sin embargo, estas actuaciones individuales pueden tener un gran interés, especialmente si van unidas a las directrices de un grupo de poder del Régimen, no solo con el fin de imponer sus ideales políticos, sino con objeto de dirigir y controlar intereses profesionales y económicos, sin olvidar favorecer las relaciones de 'amistad'.

La bibliografía también se muestra sobria en describir, de forma pomenorizada, las actuaciones individuales de técnicos y políticos, encuadrados en Gobiernos anteriores al régimen de Francisco Franco, que pudieran haber dado pasos importantes para que la aprobación de la Ley del seguro obligatorio de enfermedad fuera una de las mas precoces decisiones del Gobierno franquista.

La propia instauración del seguro obligatorio de enfermedad, en su etapa posterior a la aprobación de la Ley de 1942, tampoco parece suficientemente historiada; la implantación de las prestaciones médicas y farmacéuticas pudieron discurrir por el camino más favorable a los asegurados o, por el contrario, pudo tener una influencia decisiva la posible repercusión en la economía de la Nación y en los sectores dominantes del franquismo. Además, sería interesante analizar si en el establecimiento de las prestaciones médicas y farmacéuticas, incluidas en el seguro obligatorio de enfermedad, se respetaron las reglas generales de transparencia y objetividad en los procedimientos mas relevantes, como, por ejemplo, en la selección de médicos, en la adjudicación de proyectos y obras de las nuevas instalaciones, en los convenios suscritos con el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, etc.

Por último, falta por conocer los equipos de personas que se ocuparon de elaborar y seleccionar los medicamentos contenidos en los primeros petitorios del seguro obligatorio de enfermedad y cuáles fueron los laboratorios seleccionados -o

‘afortunados’- para su suministro. Todo ello, en un momento histórico coincidente con el comienzo de la fabricación a gran escala de la penicilina fuera de España, con una teórica economía autárquica del Gobierno franquista, y con unas relaciones exteriores muy débiles, al terminar la segunda guerra mundial.

El objetivo central de esta tesis es determinar quiénes fueron los responsables técnicos y políticos de la implantación, en España, del seguro obligatorio de enfermedad, durante el franquismo. Este objetivo principal se nutre de otros secundarios:

- Determinar quiénes –personas o grupos políticos- favorecieron la integración de los médicos titulares en la estructura del Seguro, tal como se establecía en la Ley de 1942.

- Indicar quiénes impulsaron y protegieron las asociaciones previsoras privadas, puesto que éstas se incluyeron en la organización de la prestación médica del Seguro, al aplicarse la Ley de 1942.

- Detallar y valorar la estructura sanitaria pública existente antes de la implantación del Seguro, e identificar a sus impulsores y organizadores. Esta estructura se debía utilizar en la nueva organización asistencial, de forma complementaria con un plan de instalaciones, según se preveía en la Ley de 1942; pero su análisis, unido al de las prestaciones que otorgaban las asociaciones privadas previsoras de la enfermedad, servirá también para conocer la demanda social de la implantación de un seguro público.

- Determinar la influencia de la legislación de los países europeos, relacionada con el seguro de enfermedad y, en particular, identificar a los políticos españoles europeístas que la tomaron como modelo a seguir.

- Analizar la política sanitaria de la Segunda República y su relación con los derechos asignados a los ciudadanos por la Constitución de 1931.

- Enumerar a los principales protagonistas que definieron el primer proyecto de seguro obligatorio de enfermedad, aprobado y publicado en la *Gaceta de la República* y analizar los principales impedimentos que consiguieron salvarse para que esta norma viera la luz en el diario oficial y determinar si llegaron a facilitar el camino de la ley definitiva de 1942.

- Dada la prioridad que el régimen franquista asignó a esta Ley de implantación del seguro de enfermedad nada más hacerse cargo del Gobierno, determinar las finalidades políticas de su implantación, si es que las hubo. Y enumerar, de forma exhaustiva, los técnicos y políticos del gobierno franquista que lograron aprobar la ley de 1942.

- Relacionar quiénes fueron las personas que aprobaron los primeros petitorios de medicamentos que formaron la prestación farmacéutica del seguro obligatorio de enfermedad, con lo que se pretende cuantificar la cota de poder de los Departamentos de Trabajo y Sanidad en la instauración de este sistema asistencial y valorar la relación entre ese poder político y al poder económico de la industria farmacéutica del momento.

- Determinar las razones que llevaron a decidir la aprobación de un Petitorio de medicamentos y analizar la selección de los laboratorios productores.

- Analizar la presencia de las penicilinas en el *Petitorio*...; la selección de este grupo de medicamentos se debe tanto a su trascendental importancia terapéutica como al hecho de coincidir los inicios de su fabricación con el del periodo autárquico del franquismo. Se pretende identificar los laboratorios seleccionados para abastecer al Seguro de Enfermedad y la normativa establecida por el Gobierno para amparar su comercialización en España. También interesa analizar si esta selección discurrió de forma coordinada con la organización económica y legislativa de la industria farmacéutica española que había planificado el Gobierno franquista.

## Material y método

Como el núcleo de este trabajo de investigación plantea determinar quiénes fueron los responsables técnicos y políticos de la implantación en España del Seguro de Enfermedad durante el franquismo, el elemento central de estudio ha sido la ley que lo implanta en España, la Ley de 14 de diciembre de 1942; sin embargo, en ese momento, hacía sólo tres años que había terminado la guerra civil española, y la situación social, económica y sanitaria del país era penosa, por lo que todo hacía prever que, antes del nuevo Gobierno de Francisco Franco, hubiera habido algún trabajo previo que favoreciera la realización técnica de esa Ley en tan breve espacio de tiempo. Por lo que, además de analizar la elaboración concreta de esta Ley, nos planteamos ampliar el marco de análisis, tratando de determinar o identificar a aquellos personajes que realizaron alguna actuación conducente a que el proyecto del Seguro Obligatorio de Enfermedad llegara a culminar, y esta actuación podría haberse realizado en cualquier ámbito: social, político, legislativo, sanitario o económico.

Una vez ampliado el marco de análisis, sólo faltaba establecer el límite temporal. Como el Seguro Obligatorio de Enfermedad de 1942 se encuadra en el concepto de previsión social pública y ésta se gestiona por un ente creado específicamente por el

Estado e integrado en su estructura, a través del entonces Ministerio de Trabajo, sería interesante partir de la primera Ley en la que se asigna a la Administración el deber de atención sanitaria a la población. Y esta primera ley fue la Constitución de 1812 donde, aún de forma rudimentaria, se encargaba a la Administración este cometido, aunque con algunos fines muy diferentes a los perseguidos por el seguro de enfermedad. Con todo, lo cierto es que ambas leyes buscaban el bienestar sanitario de la población, de forma proporcional a los medios disponibles; por lo que el punto de partida de esta memoria es la Constitución de 1812.

El primer capítulo de este trabajo se titula, “La regulación sanitaria española y la previsión privada de la enfermedad, desde la Constitución de 1812 hasta la Constitución de 1931”. A partir de ese año de 1812, se suceden las actuaciones reguladoras emprendidas por los diversos Gobiernos para mejorar las condiciones sanitarias de la población, y se van asentando las bases para el desarrollo del concepto de previsión, primero privada y después pública. Ambos caminos se analizan de forma conjunta, pues ambos convergen en la implantación del seguro de enfermedad. Dichas actuaciones reguladoras se han estudiado mediante la valoración de una abundante normativa legal, tratando de concatenarla con el seguro obligatorio de enfermedad y encuadrándola previamente en su contexto histórico.

Como la Ley del Seguro de 1942 prevé que para la atención sanitaria inicial se utilizaría la mayor parte de la estructura pública y privada ya establecida, tanto de instalaciones como de personal, el estudio se efectúa sobre los políticos y técnicos que crearon esta estructura. Para ello se ha revisado la normativa legal dedicada a la organización de la sanidad pública y a sus principales profesionales sanitarios, utilizando como fuente principal la *Gaceta de Madrid* y la *Gaceta de la República*. También se ha analizado la normativa que protegía e impulsaba las asociaciones previsoras privadas y, respecto a estas asociaciones, se ha añadido el estudio de algunos de sus estatutos para valorar la protección otorgada y la importancia cuantitativa de la demanda social de un seguro de la enfermedad de carácter público.

El último apartado de este capítulo, dedicado a la sanidad durante la II República y la Constitución de 1931, se completa con un análisis político de los orígenes de esta Constitución, a través de la consulta de conferencias y opiniones de políticos del área sanitaria y de profesionales sanitarios; todo ello para determinar la puesta en práctica de los derechos contenidos en el texto constitucional, entre ellos el seguro de enfermedad.

Para el estudio del segundo capítulo, dedicado a “Los seguros sociales en España: antecedentes del seguro obligatorio de enfermedad”, se han analizado los textos originales de las ponencias desarrolladas en las Conferencias de Madrid de 1917, de Barcelona de 1922 y de Ginebra de 1927, y las diferentes tesis defendidas por sus redactores, destacando tanto su personalidad como el objetivo de sus propuestas. A la vez, se han valorado los sucesivos acontecimientos históricos que, desde el inicio del siglo XX, llevaron a la elaboración, por el Gobierno republicano, del proyecto de Ley del seguro de enfermedad de 1936; para ello se han estudiado actas de reuniones y conferencias, localizadas tanto en el Archivo histórico del INGESA (antiguo INP), como en su Biblioteca, y la normativa aprobada por los diferentes Gobiernos; complementando el capítulo con el análisis de los estudios y propuestas de los profesionales sanitarios destinadas a que el proyecto del seguro de enfermedad llegara a culminar.

Para desarrollar el tercer capítulo, “La Ley del seguro obligatorio de enfermedad aprobada por el Gobierno de Francisco Franco en 1942: los responsables técnicos y políticos de su implantación”, se han analizado los originales de las actas de la comisión redactora del anteproyecto de Ley del seguro obligatorio de enfermedad y de la comisión para el examen y estudio del anteproyecto de Ley del seguro obligatorio de enfermedad, localizadas en el Archivo histórico del INGESA (antiguo INP). En el mismo archivo se han estudiado, también, los trabajos realizados por la Comisión de enlace para elaborar las normas de funcionamiento del servicio médico del seguro obligatorio de enfermedad. Este capítulo se ha completado con el análisis de la normativa publicada durante este periodo en el *Boletín Oficial del Estado*.

En el cuarto capítulo de este trabajo, titulado “La Ley del seguro obligatorio de enfermedad y su reglamento de desarrollo”, se incluye el estudio del proceso de tramitación de la Ley mediante el análisis de la documentación conservada en el Archivo histórico del Congreso de los Diputados. Uno de los fines de la aprobación de la Ley, la propaganda del Régimen franquista, se ha analizado a través de la consulta de prensa periódica y sanitaria, además de la revisión del contenido del *Boletín de Información. Instituto Nacional de Previsión*, con ánimo de conocer las actuaciones de los políticos y de los técnicos del Seguro Obligatorio de Enfermedad. Además, se han consultado las actuaciones plasmadas en actas, escritos, oficios y otros documentos, que se encuentran custodiados en el Archivo histórico del INGESA (antiguo INP). Entre esta documentación, destacamos las actas derivadas de la ponencia redactora del anteproyecto del



reglamento de la Ley del Seguro y las actas de la comisión redactora del proyecto del mismo reglamento.

El quinto capítulo de este trabajo, titulado “La organización del servicio sanitario del seguro obligatorio de enfermedad: los servicios médicos y la prestación farmacéutica”, se ha construido a través de los contenidos recogidos en la *Revista del Seguro de Enfermedad*, el *Boletín de Información. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos* y de las conferencias y artículos redactados por los directivos del Seguro Obligatorio de Enfermedad, así como del texto original de los convenios suscritos; para el estudio de la normativa reguladora se ha acudido a su fuente principal: el *Boletín Oficial del Estado*. Dentro de este capítulo quinto se han analizado, con especial detenimiento, las causas que dieron lugar a la aprobación del primer *Petitorio...* para la prestación farmacéutica.

Para completar esta investigación, hemos desarrollado un sexto y último capítulo titulado “La industria farmacéutica en la España franquista (1936-1957): la comercialización de las penicilinas y su inclusión en el *Catálogo de especialidades farmacéuticas incluidas en el petitorio...* (1954)”; en él se describe la evolución de esta industria y su regulación normativa, desde el año 1936 hasta el año 1957, transcurridos unos años desde la revisión del primer *Petitorio...*, con vigencia desde octubre de 1955, en el que se incluyen los medicamentos de fabricación industrial con nombres comerciales; el primer *Petitorio...*, aprobado en 1951, se implantó el día primero del año 1954. Dado que el mayor gasto de la prestación farmacéutica tenía su origen en la prescripción de antibióticos, nos pareció conveniente valorar la influencia que tuvo el *Petitorio...* en el desarrollo de esta industria, en concreto, en la fabricación de las penicilinas; y analizar si el Seguro Obligatorio de Enfermedad, a través del *Petitorio...*, actuó de nivelador del mercado de este medicamento, mediante el control de precios. Para este estudio se ha tratado de abarcar el mayor número de fuentes de información posibles: diarios nacionales, el *Boletín de Información. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos*, la *Revista del Seguro de Enfermedad*, los *Anuarios del Instituto Nacional de Estadística*, los primeros *Petitorios...* farmacéuticos y la bibliografía disponible; para el análisis de la normativa reguladora del sector farmacéutico hemos acudido a la fuente principal, el *Boletín Oficial del Estado*. Ha sido de extraordinario interés la consulta de los fondos del Archivo histórico de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios para analizar los registros de las primeras penicilinas incluidas en los *Petitorios...* del Seguro.

## **CAPÍTULO 1**

### **La regulación sanitaria española y la previsión privada de la enfermedad, desde la Constitución de 1812 hasta la Constitución de 1931**

El estudio de la regulación española de la sanidad, en el periodo comprendido entre las dos primeras Constituciones históricas que recogían disposiciones sanitarias, la de 1812 y la de 1931, se ha dividido en tres etapas: la primera comienza en el año 1812 y termina en el año 1870, con el inicio del reinado de Amadeo I de Saboya; en la segunda etapa se analiza desde el final del siglo XIX hasta los primeros años del XX; y la tercera y última etapa se centra en la regulación durante el Gobierno de la II República, que trató de materializar los principios y derechos comprendidos en la Constitución de 1931. En esta época, la evolución de la normativa sanitaria española se inicia con la regulación de una rudimentaria policía de salubridad y concluye con un proyecto de previsión pública de la enfermedad. Se trata de analizar esa regulación, su origen, su avance y, sobre todo, los personajes, ya históricos, que participaron en su aprobación.

Como la historia de un periodo se comprende mejor cuando se conoce el anterior, no se puede hacer un análisis de la Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad de 1942, sin conocer el anteproyecto de Ley elaborado años atrás, mucho más si, después de hacer una primera investigación, se evidencia que determinados personajes decisivos participaron en ambas redacciones. Por ello, este capítulo primero concluye con la estructura sanitaria planteada por el Gobierno de la II República, formada con medios materiales y humanos que fueron organizados para integrarse en el Seguro Obligatorio de Enfermedad, sin embargo, todo quedó en la publicación de un anteproyecto de Ley. Pero ese trabajo no fue en balde, actuó de punto de apoyo para que un Gobierno posterior, ideológicamente opuesto, lograra la implantación de ese Seguro en España, aunque fuera con un gran retraso respecto a los países europeos.

### **1.1. La sanidad desde la Constitución de 1812 hasta el inicio del reinado de Amadeo I de Saboya (1870)**

Durante la primera mitad del siglo XIX, la sanidad pública se desarrolla a través de la estructura básica del siglo anterior. Esta estructura estará dedicada, fundamentalmente, a realizar una incipiente sanidad preventiva de las enfermedades infecciosas; ya que es asumida por los poderes públicos porque entiende que conlleva un fin público, al tratar de evitar un daño colectivo. Sin embargo, la sanidad asistencial, con carácter general, se basa en la relación privada médico-paciente; sólo en casos de falta de recursos económicos de los enfermos se organiza un entramado público, aunque escaso, para la atención de estos enfermos, mediante la denominada 'beneficencia pública', a la que se añadía la asistencia dispensada por otras organizaciones benéficas de tipo privado. Gran parte de la asistencia sanitaria privada, no benéfica, se atendía con fondos previstos para este fin, a través de una 'previsión individual', el ahorro, o de una 'previsión colectiva', principalmente a través de 'iguales' y 'sociedades de socorros mutuos'. Aún, no había nacido en Europa la corriente impulsora de la 'previsión colectiva' pública para la asistencia sanitaria de los trabajadores y de sus familias.

En España, los organismos públicos que se encargaban, con carácter general, de la prestación de esta débil sanidad eran los entes locales, tanto desde el punto de vista preventivo, como del asistencial. Si bien, al comienzo del siglo XIX, la toma de decisiones en el caso de epidemias se traslada desde la Administración Local a la Administración Central, disminuyendo así las competencias de las Juntas de Sanidad de las provincias que, hasta entonces, eran el centro de dirección sanitaria. Durante este periodo, el poder legislativo se limita a aprobar normas que regulan la estructura organizativa, pero sin ampliar las funciones que debían asumir los entes públicos en materia sanitaria. Las funciones preventivas prácticamente se reducían a actuaciones en materia de 'policía de salubridad', desarrolladas por los entes locales, y a la adopción de algunas medidas de 'sanidad exterior' por la Administración Central, como la construcción de lazaretos, aunque eran las provincias fronterizas quienes debían ejecutar esa prevención. Esta organización tan básica se debía a que aún a la sanidad se le asignaba un papel secundario entre los fines encomendados a los poderes públicos, basta indicar que para ver publicada la primera norma con rango de Ley que, de forma específica, se dedica a ordenar la sanidad española, habrá que esperar hasta el inicio de la segunda mitad del siglo XIX, será la Ley de Sanidad de 1855. Incluso la promulgación de la histórica Constitución de 1812 no

favoreció que la sanidad pública se atendiera por los poderes legislativos como una de las prioridades a regular; sin embargo, entre las facultades que atribuía a las Cortes establecía la de «Aprobar los reglamentos generales para la policía de sanidad del Reino»<sup>1</sup>.

En los primeros años del siglo XIX se mantiene la normativa existente del Antiguo Régimen y no se publica ninguna específica de carácter sanitario, salvo lo recogido en disposiciones generales del régimen local. Dichas normas locales no tenían como fin mejorar las prestaciones sanitarias, tan solo pretendían implantar, también en esta materia, la corriente centralizadora de las funciones públicas, aunque recogían de forma genérica las funciones de la policía de salubridad para que la población cumpliera las reglas básicas de higiene pública.

En 1808, cuando Fernando VII sube al trono, la organización política «no consistía en un sistema homogéneo y gobernado desde la Corte»<sup>2</sup>, por lo que parece justificada esa necesidad organizativa. Sin embargo, en materia sanitaria, la labor centralizadora se priorizó frente al desarrollo de una verdadera política sanitaria de higiene pública, ambas materias no se desarrollaron a un mismo tiempo, como sí se efectuó en otros países europeos.

De hecho, las medidas de higiene que ya eran defendidas por médicos como Johann Peter Frank<sup>3</sup>, destinadas a los gobernantes para conseguir una población sana, 'productiva' en la industria y en el Ejército, no llegaron a España en ese momento, y sin embargo, en el resto de Europa se extendieron con facilidad<sup>4</sup>. Pero en España, la sanidad no solo adolecía de una política de higiene que asimilara las corrientes

---

<sup>1</sup> Artículo 131, vigesimatercia, de su capítulo VII. CORTES ESPAÑOLAS. *Constitución política de las Cortes de Cádiz*. Cádiz: [manuscrito], 1812. Biblioteca del Congreso de los Diputados. [Consultado en [http://www.congreso.es/docu/constituciones/1812/ce1812\\_cd.pdf](http://www.congreso.es/docu/constituciones/1812/ce1812_cd.pdf)].

<sup>2</sup> Ángel MARTÍNEZ DE VELASCO. *Historia de España: La España de Fernando VII*. Madrid: Espasa Calpe, 1999 (cf. pág. 11).

<sup>3</sup> Cf. Henry Sigerist. "Johann Peter Frank: Un pionero de la Medicina Social". En: D. López Acuña, I. Almada Bay (dir.). *Hitos en la Historia de la Salud Pública*: 66-84. México: Siglo Veintiuno Editores, 1987; [Reimpreso en *Salud colectiva*, 2(3): 269-280. Buenos Aires, 2006].

<sup>4</sup> «Los planteamientos del 'System' de Johann Peter Frank y del 'Sanitary movement' británico del siglo XVIII fueron asimilados por los revolucionarios franceses desde los nuevos supuestos políticos. En 1790, la Asamblea constituyente creó un 'Comité de Salubrité' cuya actividad fue el punto de partida del modelo centralizado de la organización política» (José María LÓPEZ PIÑERO, María Luz TERRADA. *Introducción a la Medicina*. Barcelona: Biblioteca de Bolsillo Crítica, 2000; la cita en pág. 144).

innovadoras de la época sino que además, la ciencia médica estaba desfasada<sup>5</sup>, a ello contribuyó otra deficiente política de organización de la docencia sanitaria, unida a los diversos cierres de las universidades que se produjeron durante el periodo, como recuerda Delfín García Guerra:

«Sumido el país en la guerra de la Independencia, un Decreto de 30 de abril de 1810, había promulgado el cierre de las universidades, suprimiendo la enseñanza de las ciencias que no tuvieran una relación inmediata con las actividades bélicas (...). En 1830 nos encontramos con una nueva interrupción de los estudios médicos. La medida, en esta ocasión, fue la consecuencia del cierre de las universidades decretado por Fernando VII, una medida provisional que, sin embargo, se mantuvo a lo largo de dos años»<sup>6</sup>.

En este periodo de la historia española, las competencias para materializar la sanidad pública quedan atribuidas a los entes locales, pues hasta entonces habían sido los únicos con cierta capacidad para luchar contra las sucesivas epidemias que se habían extendido por el país. Tal atribución de competencias se deriva de lo dispuesto en el artículo 321 de la Constitución de 1812 que, en su apartado primero, entre las funciones que asigna a los Ayuntamientos, establece la de «policía de salubridad y comodidad» y, en su apartado sexto, les asigna el cuidado de «hospitales, hospicios, casas de expósitos y demás establecimientos de beneficencia, bajo las reglas que se prescriban». Todas estas competencias las debían desempeñar bajo la inspección de la Diputación provincial, a quien debían rendir cuenta anual de «los caudales públicos que hayan recaudado e invertido», en cumplimiento del artículo 323 de la Constitución de 1812.

Un año después de promulgada la Constitución, durante el bienio constitucional, el 23 de junio de 1813<sup>7</sup>, se publica una normativa de régimen local, la Instrucción para el gobierno económico-político de las provincias, donde en su artículo I se concretan las funciones de policía de salubridad y comodidad que, en resumen tratan de atender, como materias fundamentales: la higiene de los pueblos (limpieza de las calles y plazas, mercados, hospitales, cárceles y casas de caridad o de beneficencia), el saneamiento de los focos de infección y la policía sanitaria mortuoria, a estas funciones se sumaban otras,

---

<sup>5</sup> «La crisis universitaria mermó sustancialmente las iniciativas de cambio en el ámbito científico durante la primera mitad de la centuria [XIX]; se acentuó, por lo general, el aislamiento con respecto al resto de Europa (...). Todo ello, condenaba a la ciencia española al atraso» (Josep Lluís BARONA VILAR. *La doctrina y el laboratorio*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; la cita en pág. 28).

<sup>6</sup> Delfín GARCÍA GUERRA. *La Facultad de Medicina de Santiago en el siglo XIX*. Santiago de Compostela: Servicio de publicaciones e intercambio científico de la Universidad de Santiago de Compostela, 2001 (cf. págs. 40-79).

<sup>7</sup> Publicada en sucesivas *Gacetas de Madrid*: 28-VIII-1813; 31-VIII-1813; 2-IX-1813; 4-IX-1813; 7-IX-1813; 9-IX-1813; 11-IX-1813; 14-IX-1813; 18-IX-1813; 23-IX-1813; 25-IX-1813 y 2-X-1813.

como la estadística sanitaria, el control de medicamentos y alimentos, y la 'sanidad exterior' en las provincias fronterizas, con objeto de evitar la entrada de enfermedades epidémicas en el país.

Sin embargo, para avanzar en la centralización administrativa, dichas normas no atribuían todas las competencias en esta materia a los entes locales; de hecho, la decisión de las medidas a tomar en caso de epidemias las debía dictar la Administración Central. Por lo que, considerando la frecuente aparición de enfermedades epidémicas, al no participar los Ayuntamientos en la toma de decisiones, no se les tenía en cuenta en los momentos más trascendentales de la gestión sanitaria. Cuando se producía alguna enfermedad con elevado número de contagios, los Ayuntamientos debían informar al jefe político, pues era a éste a quien correspondía decidir y adoptar las medidas oportunas en relación con las atenciones médicas necesarias y el suministro de medicamentos<sup>8</sup>. Aunque la estructura para materializar esas decisiones era la misma que ya existía antes de la publicación de la nueva regulación, es decir, la organizada por los entes locales, con la diferencia de que las juntas municipales y provinciales ya no actuaban con la autonomía anterior, sino que eran meros órganos asesores del jefe político, delegado de la Administración Central.

Al final del trienio liberal se publica la Instrucción para el gobierno económico-político de las provincias, de 3 de febrero de 1823, pero su aplicación quedó suspendida hasta 1836, debido a los acontecimientos que se producen en aquel año de 1823, en el que vuelve a instaurarse el absolutismo con Fernando VII en 'plenitud de sus derechos',

---

<sup>8</sup> El literal del artículo XXII de la *Instrucción...* de 23 de junio de 1813 decía «Quando ocurriere en alguna parte epidemia ó enfermedades contagiosas ó endémicas, el gefe político tomará por sí, ó de acuerdo con la junta de sanidad, y aun de la diputación provincial, si se hallare reunida, todas las medidas convenientes para atajar el mal y, para procurar los oportunos auxilios. Dará frecuentemente aviso al gobierno de lo que ocurra en este punto; de las precauciones que se tomen, y de los socorros que se necesiten; y asimismo le instruirá de lo que los facultativos de la junta provincial de sanidad opinaren sobre la naturaleza del mal, y su método curativo, de los defectos que se observen, y de la mortandad diaria que se note».

ayudado por el ejército francés de los ‘cien mil hijos de San Luis’, comenzando así la denominada ‘década ominosa’<sup>9</sup>.

Más tarde, durante la regencia de María Cristina y mediante un Real Decreto de 15 de octubre de 1836 (*Gaceta de Madrid*, 21-X-1836) «se restablece en su fuerza y vigor la Ley de las Cortes de 3 de febrero de 1823, relativa al gobierno económico-político de las provincias», que asignaba a los Ayuntamientos, en su artículo 1º, igual que su antecesora, la *Instrucción...* de 1813, la policía de salubridad y comodidad. Sin embargo, la rehabilitada *Instrucción...* contiene una importante novedad, indica a los Ayuntamientos, en su artículo 12, que deben procurar contratar a un facultativo al menos para la asistencia de los pobres, financiando sus servicios con los fondos del municipio y, en el supuesto de que también atendiera al resto de vecinos, se le retribuiría con los recursos obtenidos de las ‘iguales’<sup>10</sup>. Alfonso Barrada Rodríguez indica que las ‘iguales médicas’ fueron verdaderas cuotas aseguradoras con gran importancia en España hasta la implantación del Seguro de Enfermedad en 1942:

«Sin perjuicio de que si los fondos públicos lo pueden sufrir, se extienda también la dotación a la asistencia de todos los demás vecinos. Los facultativos serán admitidos y contratados por el Ayuntamiento; pero si sus sueldos u honorarios se hubiesen de satisfacer por iguales o repartimiento vecinal, sólo se

<sup>9</sup> «Mi augusto y amado Primo el Duque de Angulema al frente de un Ejército valiente, vencedor en todos mis dominios, me ha sacado de la esclavitud en que gemía, restituyéndome a mis amados vasallos fieles y constantes. / Sentado ya otra vez en el Trono de S. Fernando por la mano sabia y justa del omnipotente, por las generosas resoluciones de mis poderosos Aliados, y por los denodados esfuerzos de mi amado Primo el Duque de Angulema y su valiente Ejército; deseando proveer de remedio a las mas urgentes necesidades de mis pueblos, y manifestar a todo el mundo mi verdadera voluntad en el primer momento que he recobrado mi libertad; he venido a decretar lo siguiente: / PRIMERO: Son nulos y de ningún valor todos los actos del Gobierno llamado constitucional (de cualquier clase y condición que sean) que ha dominado a mis pueblos desde el 7 de marzo de 1820 hasta hoy día 1º de octubre de 1823, declarando, como declaro, que en toda esta época he carecido de libertad, obligado a sancionar las leyes y a expedir las órdenes, decretos y reglamentos que contra mi voluntad se meditaban y expedían por el mismo Gobierno»: Decreto de 1 de octubre de 1823 (*Gaceta de Madrid*, 7-X-1823).

<sup>10</sup> Los pueblos, al inicio del XIX contrataban profesionales sanitarios, pero sus acuerdos tenían ‘naturaleza arbitraria’; como ejemplo, se incluye el literal de tres anuncios solicitando diversos facultativos, donde se puede apreciar la falta de criterios homogéneos en la contratación:

«En la villa de Fuentespina, provincia de Burgos, y a una legua de Aranda de Duero, se halla vacante el partido de médico: su dotación es de 3.850 rs., sobre los propios, que cobra mensualmente, y además unos 400 cántaros de vino, casa de balde y 130 rs., para ciertos gastos, dejándole facultad para salir a ciertos pueblos inmediatos, si fuese llamado, sin pernoctar, y siempre con licencia de la justicia. Se dirigirán los memoriales hasta el 17 de setiembre al secretario del ayuntamiento de la misma, francos de porte» (*Gaceta de Madrid*, 27-VIII-1820).

«Está vacante la plaza de médico de la villa de Soto de Cameros, en la provincia de Soria: su dotación es de 600 ducados, con su anejo Treguajantes, pagados de los fondos públicos por tercios de año: siéndole permitido al profesor la asistencia a los pueblos que hasta aquí han estado agregados al partido, y cuyo salario convencional será en aumento de dicha dotación, que ascenderá a 90 rs., poco más o menos» (*Gaceta de Madrid*, 24-VIII-1820).

«Está vacante la plaza de cirujano de la villa de Daganzo de Arriba, a 4 leguas de Madrid, y 2 de Alcalá de Henares: su dotación es de 140 fanegas de trigo, con la precisa condición de tener mancebo, y que el profesor no ha de ser soltero» (*Gaceta de Madrid*, 24-VIII-1820).

sujetará a este pago a los que quieran servirse de los facultativos acogidos”. Como se ve, en ese artículo 12 se prevé el régimen de las “iguales médicas”, de gran importancia en España hasta el establecimiento del seguro obligatorio de enfermedad en los años cuarenta del siglo XX»<sup>11</sup>.

La disposición, contenida en el artículo 12, ya ofrecía la posibilidad a los Ayuntamientos, en el año de 1823, de crear una verdadera asistencia sanitaria pública para toda la población del municipio, prestada por médicos y cirujanos. Sin embargo, al estar sometida a la libertad de pactos en los distintos contratos de los Ayuntamientos, y a la suficiencia de fondos públicos de los entes locales, no del Gobierno Central, era imposible que esta asistencia llegara de forma igualitaria a todos los ciudadanos del país.

Durante el trienio liberal o constitucional (1820-1823) se favoreció el centralismo y, con el fin de mejorar la eficacia de los entes recaudadores, se efectuó una primera división territorial de España en 49 provincias. Santiago Muñoz Machado sostiene que la organización era centralizadora en lo que respecta a la toma de decisiones, pero descentralizadora en lo relativo a la ejecución de las actuaciones, tenía como objeto repercutir el coste de los servicios sanitarios públicos a los entes locales. Este autor pone de manifiesto los intentos del Gobierno, después del primer periodo de absolutismo, de efectuar una reforma sanitaria con una nueva organización administrativa y de publicar un Código sanitario, recopilador de las técnicas actualizadas para atender las enfermedades, concluyendo que, aunque ambos proyectos fracasaron, actuaron de punto de apoyo para impulsar la organización jurídica sanitaria:

«Se constituye, así, un sistema peculiar de asistencia a las autoridades delegadas de la Administración Central en el ejercicio de sus funciones, que, en definitiva, será en el futuro sólo la justificación para repercutir el costo de los servicios sanitarios en los entes locales, quienes quedarán empeñados en el sostenimiento financiero de los mismos; de esta carga no se liberarán sino muchos años más tarde, tras producirse el fortalecimiento de la rama periférica de la Administración, que llevaría a la desaparición de las Juntas y a la financiación de los servicios por el Estado (...)

Transcurrido el primer periodo de absolutismo fernandino, se va a producir un importante intento de reformar el sistema sanitario, tendente tanto a idear una nueva organización administrativa del sector como a reunir en un solo cuerpo legal los conocimientos y técnicas hasta entonces empleadas por la prevención y represión de la enfermedad en un Código que contuviese toda la materia. El proyecto se frustraría, pero al hilo del mismo se pondrán repetidamente de manifiesto las arbitrariedades cometidas por la Administración en este campo, la

---

<sup>11</sup> Alfonso BARRADA RODRÍGUEZ. *La protección Social en España hacia 1845*. Bilbao: Fundación BBVA, 2001 (cf. págs. 149-150).



ineficacia de las medidas adoptadas y la necesidad de ordenar jurídicamente la actividad administrativa sanitaria»<sup>12</sup>.

Después del sexenio absolutista (1814-1820) la economía española era ruinosa, a ello había contribuido tanto la reciente guerra de 1808 a 1814, como la falta de actuaciones acertadas del gobierno fernandino y la pérdida de ingresos procedentes de ultramar. La intención de redactar el primer Código sobre sanidad se concretó al inicio del trienio liberal, una vez que Fernando VII había pronunciado su discurso de adhesión a la Constitución de 1812<sup>13</sup>. Así, en 1820 se comenzó a redactar un proyecto de Código sanitario, teniendo como principal referente la normativa publicada en los vecinos países europeos y los principios liberales de la Constitución de 1812. Una vez concluido el texto definitivo del proyecto, en 1822, las Cortes lo examinaron, pero acabarían rechazándolo.

El Código hubiera producido un avance en la organización sanitaria de la época, pues el proyecto contenía una recopilación actualizada de las técnicas sanitarias, reconociendo el contagio como elemento fundamental a controlar en determinadas enfermedades, cuando aún no tenía una aceptación generalizada, y creaba una Dirección General de Sanidad, integrada por sanitarios y no por políticos<sup>14</sup>. Su rechazo fue favorecido, principalmente, como apunta Pedro Fraile, porque la aceptación del contagio de las enfermedades epidémicas no favorecía el libre tráfico de mercancías:

«Por su parte los comerciantes liberales, cuyo volumen de negocios era lastrado por las trabas impuestas al libre tráfico de mercancías, consideraban que mantener que la fiebre amarilla era contagiosa era un pensamiento reaccionario y fiel a la monarquía borbónica»<sup>15</sup>.

El mismo autor sintetiza en tres los aspectos que provocaron el fracaso del proyecto: incluir el 'contagio', el elevado coste de su aplicación y las altas penas que establecía para quienes favorecieran la expansión de alguna epidemia:

---

<sup>12</sup> Santiago MUÑOZ MACHADO. *La sanidad pública en España (Evolución histórica y situación actual)*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de la Administración Pública, 1975 (cf. págs. 72-86).

<sup>13</sup> «He oído vuestros votos, y cual tierno Padre he condescendido a lo que mis hijos reputan conducente a su felicidad. He jurado esa Constitución por la cuál suspirabais, y seré siempre su mas firme apoyo». Manifiesto del Rey a la Nación de 10 de marzo de 1820 (*Gaceta de Madrid*, 12-III-1820). El mismo día 10 de marzo de 1820 el Rey aprobó el Decreto por el que se restablecían los dos ministerios de la Gobernación, de 'la Península' y 'la de Ultramar', al frente del primero se nombró a José García de la Torre (*Gaceta de Madrid*, 12-III-1820).

<sup>14</sup> Isabel CARRASCO "Evolución del sistema sanitario español". En: Fernando Lamata. *Manual de Administración y Gestión Sanitaria*: 141-153. Madrid: Díaz de Santos, 1998 (la referencia en pág. 143).

<sup>15</sup> Pedro FRAILE. *Modelar para gobernar: El control de la población y el territorio en Europa y Canadá. Una perspectiva política*. Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona, 2001 (cf. pág. 303).

«Por apoyarse en el contagionismo cuando la mayoría en las Cortes no creía en él o no se atrevía a afirmarlo. Naufragó además por las dificultades tanto administrativas como económicas que suponía su puesta en marcha y por la desmesura en las penas que proponía para aquellas personas cuyas negligencias trajeran a España epidemias, y un gobierno liberal no podía permitirse abusar de la mano dura»<sup>16</sup>.

Lo cierto es que España se encontraba en una situación de 'guerra civil', por lo que, para el Gobierno, la sanidad no estaba entre los asuntos que requerían mayor inversión y esfuerzos. Tuvieron que pasar más de treinta años para que se elaborara un nuevo proyecto de Ley, que sí fue aprobado, aunque sólo se dedicaba a la organización competencial de los entes públicos respecto a la sanidad benéfica y a la preventiva de enfermedades infecciosas. El nuevo texto legal que, con carácter general, recogía las funciones que ya realizaban los poderes públicos, descritas en el Real Decreto de 17 de marzo de 1847, sin asumir tareas nuevas, se convirtió, en 1855, en la primera Ley de la sanidad española. El eje central de esta Ley, como resumen Vicente Moya, Bernabé Roldán y José Antonio Sánchez, gira en torno a la lucha contra las enfermedades infecciosas; por ello, la Ley diferencia la sanidad preventiva de la sanidad asistencial, y asigna a los poderes públicos la sanidad preventiva, detallando las competencias de las distintas Administraciones, pero deja en manos privadas lo mas costoso, la sanidad asistencial, aunque una pequeña parte de esta asistencia, la atención a enfermos en caso de epidemias y la sanidad benéfica pública, la ordena y adscribe a la Administración:

«La Ley de Sanidad de 1855 es la primera Ley que ordena la sanidad española en la época contemporánea. En el momento de su promulgación, el problema capital, desde el punto de vista sanitario, era el de las enfermedades transmisibles a cuya prevención y demás acciones se dedica buena parte del texto, entre ellas, acciones estatales, como construcción de lazaretos, aislamientos obligatorios y otras medidas sanitarias.

En el campo asistencial, por regir en aquellos momentos los principios liberales, toda la asistencia queda organizada sobre la base del libre entendimiento entre profesionales y pacientes, sólo en algunos casos extremos de carencia de recursos económicos se establece una asistencia de tipo benéfico»<sup>17</sup>.

A partir de la nueva regulación sanitaria, aprobada en la primera mitad del siglo XIX, se definen las funciones de los facultativos, médicos y farmacéuticos. En el ámbito público, efectuarán la asistencia sanitaria a los pobres y las actuaciones que correspondan en relación con la higiene pública, todo ello, con cargo a fondos públicos. En el ámbito

<sup>16</sup> Pedro FRAILE. *Op. cit. ut supra*, pág. 304.

<sup>17</sup> Vicente MOYA PUEYO, Bernabé ROLDÁN GARRIDO, José Antonio SÁNCHEZ SÁNCHEZ. *Odontología legal y forense*. Madrid: Editorial Elsevier, 1994 (Cf. pág. 18).

privado, asistirán al resto de familias, quienes se encargarán de la retribución del facultativo, a través de igualas o de las liquidaciones acordadas.

La Constitución que sustituyó a la de 1812 fue la promulgada el 18 de junio de 1837, siendo regente María Cristina; es considerada como un código transaccionista y, comparada con la de 1812, es un texto breve, con 77 artículos y dos disposiciones adicionales. La nueva Constitución no contenía disposiciones referentes a la sanidad, se limitaba a indicar, en su título XI, que era a la Ley a quien correspondía determinar la organización y las funciones de las Diputaciones provinciales y de los Ayuntamientos.

El 8 de noviembre de 1843 es declarada mayor de edad Isabel II y, dos años mas tarde, el 8 de enero de 1845 (*Gaceta de Madrid*, 15-I-1845), se aprueban las Leyes de organización y atribuciones de los Ayuntamientos y de las Diputaciones provinciales, en ambas Leyes se atribuye a los Ayuntamientos y a las Diputaciones la atención sanitaria benéfica, pero la organización y dirección es centralizada, a nivel estatal. Durante el Gobierno presidido por Ramón María Narváez se promulga la Constitución de 23 de mayo de 1845, de claro signo moderado, y se elabora la *nonnata* de 1856, del mismo signo, ya que, tras el bienio progresista que se inició con la revolución de 1854, vuelven al poder los moderados, nuevamente con Narváez en la presidencia del Consejo. Ambas Constituciones siguen la misma línea de su antecesora de 1837 y establecen, de forma similar, en sus artículos 74 y 76, respectivamente, que «la ley determinará la organización y atribuciones de las Diputaciones provinciales y de los Ayuntamientos, y la intervención que hayan de tener en ambas corporaciones los delegados del Gobierno»<sup>18</sup>.

El 5 de abril de 1854 Isabel II aprueba un Real Decreto (*Gaceta de Madrid*, 12-IV-1854) acerca de la necesidad de proveer lo mas conveniente para la asistencia medica de los pueblos y de los menesterosos, oído el Consejo de Sanidad del Reino y a propuesta del Ministro de la Gobernación, Luis José Sartorius, quien planteaba la necesidad de conservar la salud de los ciudadanos en base a razones sociales pero también individuales; al Estado ya no sólo le corresponde proteger a la comunidad, sino que debe proteger al hombre mismo como individuo, para evitar su ruina y la de su familia, aunque el planteamiento aún era solo desde el punto de vista preventivo, no asistencial, debido a la elevada mortalidad de las enfermedades infecciosas:

---

<sup>18</sup> CORTES ESPAÑOLAS. *Constitución de 1845*. Madrid: [manuscrito], 1845 Biblioteca del Congreso de los Diputados. [Consultada en [http://www.congreso.es/docu/constituciones/1845/1845\\_cd.pdf](http://www.congreso.es/docu/constituciones/1845/1845_cd.pdf)].

«El primero y principal elemento de producción y de riqueza que tienen los Estados, el hombre mismo, al propio tiempo que se evitan la ruina de muchas familias; un pesadísimo gravamen, tan sólo redimible con la muerte, a los establecimientos benéficos, y en fin, cuantiosos e insuficientes sacrificios a las personas caritativas»<sup>19</sup>.

El Real Decreto establece dos tipos de partidos para asignar a los profesionales sanitarios, médicos, cirujanos y farmacéuticos: los partidos de primera clase, en los que se contratarán titulares sólo para la asistencia de los pobres, quedando libres para atender o contratar de forma particular al resto de vecinos; y partidos de segunda clase, que se contratarán titulares para la asistencia de todo el vecindario, en este caso la población no podrá superar 1500 vecinos. Los cirujanos debían vacunar de forma gratuita a los menesterosos en los partidos de primera clase y a todo el vecindario en los de segunda clase. La retribución de los titulares debía atenderse por los Ayuntamientos, y podía acordarse en especie, generalmente mediante la entrega de productos del campo. Es ésta la primera vez que se regula la obligatoriedad de prestar asistencia sanitaria pública a todos los vecinos de determinadas poblaciones, en las que el decreto denomina, partidos de segunda clase.

La prestación farmacéutica se completa, en estos años, con la aprobación de las *Ordenanzas para el ejercicio de la profesión de farmacia, comercio de drogas y venta de plantas medicinales*, dictadas a propuesta del Ministro de la Gobernación, José Posada Herrera<sup>20</sup>, previamente consultado el Consejo de Sanidad del Reino, que se publican mediante el Real Decreto de 18 de abril de 1860 (*Gaceta de Madrid*, 24-IV-1860). En su artículo 30 se encargaba al Gobierno la publicación de un 'petitorio' o «catálogo de las sustancias simples y medicamentos oficinales de utilidad más conocida y mejor experimentada en la práctica médica (...) que deberá poseer como *mínimum* toda botica» y, en el artículo 32, se ordenaba la publicación de las correspondientes tarifas de precios a los que, como *máximum*, se podrían expender los componentes de dicho 'petitorio'. La publicación del 'petitorio' y su correspondiente tarifa, se produjo mediante una Real Orden de 4 de mayo de 1864 (*Gaceta de Madrid*, 18-V-1864).

---

<sup>19</sup> Real Decreto de 5 de abril de 1854 (*Gaceta de Madrid*, 12-IV-1854).

<sup>20</sup> José de Posada Herrera fue abogado y político adscrito al Partido Moderado en la fecha en que se le nombró Ministro de la Gobernación, antes había pertenecido al Partido Progresista; ha pasado a la historia con el apodo de 'el gran elector', por sus maniobras y corrupciones electorales, principal objetivo durante su mandato ministerial (cf. Pedro PASCUA. *El compromiso intelectual del político: Ministros escritores en la Restauración Canovista*. Madrid: Ediciones de la Torre, 1999; en particular en pág. 174).

En cumplimiento del mandato constitucional, el 25 de septiembre de 1863 se aprueba la nueva Ley «para el Gobierno y Administración de las provincias» (*Gaceta de Madrid*, 27-IX-1863). Esta Ley mantiene la misma estructura funcional sanitaria de la Administración local que se había establecido al inicio del siglo XIX, recogiendo el siguiente literal, en relación con las competencias centralizadoras del Gobernador de la provincia:

«... cuidar de todo lo concerniente a la sanidad en la forma que prevengan las leyes y los reglamentos, y dictar, en casos imprevistos y urgentes de epidemia o enfermedad contagiosa, las providencias que la necesidad reclame, dando inmediata cuenta al Gobierno»<sup>21</sup>.

Esta Ley se aprueba durante un nuevo Gobierno de moderados, pues a partir de la dimisión de O'Donnell, en 27 de febrero de 1863, los moderados alternaron el poder con los unionistas, hasta el final del reinado de Isabel II, en septiembre de 1868, coincidiendo con el estallido de la revolución 'La Gloriosa', iniciándose así el sexenio democrático. Esta revolución, que fue provocada por el descontento general con un trasfondo de crisis económica, se culminó por la unión de republicanos, demócratas y progresistas.

La preferencia por la actividad preventiva, frente a otras medidas sanitarias, estaba justificada por la elevada mortandad de algunas enfermedades infecciosas. En el caso del cólera, las cuatro epidemias con mayor número de víctimas alcanzaron la cifra de unos 800.000 fallecidos en los años 1834, 1855, 1865 y 1885, con mayor incidencia en los sectores humildes, donde se disponía de menores recursos para llevar a cabo medidas de higiene. A estas cuatro epidemias hay que añadir otras de una mortalidad también elevada, aunque difícil de calcular (1812, 1817, 1824, 1837, 1847, 1857, 1867 y 1877)<sup>22</sup>. Por ello, el Gobierno central dictaba normas para tratar de coordinar la actividad preventiva de las provincias; entre éstas, se pueden detallar, como ejemplo, las instrucciones contenidas en la Real Orden del 11 de julio de 1866 (*Gaceta de Madrid*, 12-VII-1866) mediante la cual se remiten a los Gobernadores de las provincias una recopilación de las instrucciones que se habían trasladado un año antes en la Circular de 9 de agosto de 1865, y otras instrucciones particulares para «la preservación del cólera morbo y curación de sus primeros síntomas», redactadas por la Real Academia de Medicina. Hay que destacar que, casi veinte años después, se distribuyó una Circular, con

---

<sup>21</sup> Ley de 25 de septiembre de 1863, para el gobierno y administración de las provincias (*Gaceta de Madrid*, 27-IX-1863).

<sup>22</sup> Germán RUEDA HERNÁNZ *España 1790-1900: Sociedad y condiciones económicas*. Tres Cantos (Madrid): Ediciones Istmo, 2006 (cf. pág. 23).

fecha de 24 de junio de 1884 (*Gaceta de Madrid*, 25-VI-1884), donde se publicaba otra vez la mencionada Real Orden de 11 de julio de 1866, lo que evidencia que la iniciativa y la búsqueda de nuevas soluciones se había estancado<sup>23</sup>.

De acuerdo con esas instrucciones, la actividad de policía sanitaria se concretaba, fundamentalmente, en la vigilancia de la correcta limpieza de las aguas sucias, de las fuentes públicas, de los arroyos que cruzaban por el interior de las localidades y en el cuidado de las bebidas que se expidiesen al público. La escasa estructura médico-asistencial se organizaba, fundamentalmente, a través de la hospitalidad domiciliaria, a la que se añadía una también escasa red de casas de socorro, hospitales comunes, hospitales especiales y enfermerías del cólera. La hospitalidad domiciliaria estaba destinada a la atención de los enfermos pobres, por lo que se ordenaba a los Ayuntamientos que la establecieran, si aún no lo habían hecho; sin embargo, como el resto de las instalaciones se deberían destinar para atender a todo tipo de enfermos, se preveían insuficientes, por lo que se establecía que se designaran locales para instalar casas de socorro, que serían atendidas por los mismos médicos asignados a la hospitalidad domiciliaria. La atención hospitalaria era excepcional, por lo que esta atención se solía sustituir por la efectuada en las denominadas 'enfermerías del cólera', que requerían un menor coste.

Y, para la prevención se detallaban medidas higiénicas personales, indicando a la población que las únicas medidas que correspondía adoptar eran las expuestas, «a pesar de los muchos remedios que algunos profesores, principalmente extranjeros, recomiendan, para librarse del cólera, y a pesar de tantas prácticas más o menos absurdas con que se ha pretendido seducir al público, la Academia *no reconoce método ni remedio alguno específico para librarse de la enfermedad en cuestión*», sin embargo, teniendo en cuenta las cifras de mortalidad, no parece justificada esta limitación.

---

<sup>23</sup> La falta de una adecuada dirección en sanidad y beneficencia se achacaba, por algunos críticos de la época, al gobierno de la sanidad por políticos, no por profesionales del ramo. Como ejemplo, incluimos el siguiente literal obtenido de una revista especializada, publicado en 1868:

«Mientras en Sanidad y Beneficencia estén al cargo de un ministerio esencialmente político; mientras los directores de sanidad sean abogados, poetas, diputados, patriotas, etc.; las resoluciones serán lo que son; un ciempiés lastimoso, sin criterio fijo, sin conocimiento de los más triviales detalles, hasta contrarias a los principios de libertad tan cacareados; en una palabra, serán una no interrumpida calamidad. / Tenemos la seguridad de que predicamos en el desierto; no importa, pero nuestra lealtad nos obliga a expresarnos de esta manera, nos repugnan las adulaciones (...) / Lamentamos como se procede en Sanidad y Beneficencia; no podemos transigir con las medidas que se toman»: [Editorial. *El Genio Médico-Quirúrgico*]. "Gestión importante. Proyecto de un congreso médico profesional". *El Genio Médico-Quirúrgico. Periódico de Ciencias Médicas*, 15 (664): 177-178. Madrid, 1868.

Después de la revuelta revolucionaria de septiembre de 1868, se formó un Gobierno provisional<sup>24</sup>, presidido por Francisco Serrano y Domínguez, que convocó Cortes Constituyentes para el 11 de febrero de 1869, mediante el Decreto de 6 de diciembre de 1868 (*Gaceta de Madrid*, 7-XII-1868), como punto de partida para designar a un nuevo monarca «no *electivo*, sino *elegido* por aquellos a quienes el pueblo español otorgue al efecto sus poderes» y «aspirar al triunfo constitucional» de las «aspiraciones manifestadas de un modo inequívoco por todos los que tomaron parte en el alzamiento de setiembre»: la «libertad de enseñanza, la de reunión, la de asociación, la de imprenta, la religiosa, el decreto sobre sufragio universal, la organización municipal y provincial y otras muchas reformas». Esas Cortes encargaron a una comisión presidida por el abogado progresista Salustiano Olózaga<sup>25</sup> la preparación de una nueva Constitución<sup>26</sup>, sería la Constitución de 1869; entre los derechos en ella recogidos, es el derecho de asociación el que da lugar a un importante desarrollo de las asociaciones privadas de previsión de la enfermedad.

Antes, el 21 de octubre de 1868 (*Gaceta de Madrid*, 21-X-1868) se aprueba la Ley Orgánica Provincial, que mantiene la misma estructura competencial sanitaria de la Administración local que se había establecido al inicio del siglo XIX. Como su predecesora, la Ley de 25 de septiembre de 1863 (*Gaceta de Madrid*, 27-IX-1863), en relación con las competencias centralizadoras del Gobernador de la provincia, recoge el literal: «cuidar de todo lo concerniente a la sanidad en la forma que prevengan las leyes y los reglamentos, y dictar, en casos imprevistos y urgentes de epidemia o enfermedad contagiosa, las providencias que la necesidad reclame, dando inmediata cuenta al Gobierno».

---

<sup>24</sup> El Gobierno provisional estaba formado por los siguientes ministros: de Guerra, Juan Prim; de Estado, Juan Álvarez de Lorenzana; de Gracia y Justicia, Antonio Romero Ortiz; de Marina, Juan Bautista Topete; de Hacienda, Laureano Figuerola; de la Gobernación, Práxedes Mateo Sagasta; de Fomento, Manuel Ruiz Zorrilla; y de Ultramar, Adelardo López de Ayala. El presidente del Consejo de Ministros y del Gobierno provisional era Francisco Serrano.

<sup>25</sup> Salustiano Olózaga ya había participado en la elaboración de la Constitución de 1837 y en la *nonnata* de 1856 (Isabel CASANOVA AGUILAR. *Aproximación a la Constitución nonnata de 1856*. Murcia: Secretariado de Publicaciones Universidad de Murcia, 1985; en especial en pág. 36).

<sup>26</sup> Antonio María GARCÍA CUADRADO. *El ordenamiento constitucional: Un enfoque histórico y formal de la teoría de la constitución y de las fuentes del derecho*. San Vicente (Alicante): Editorial Club Universitario, 2002 (cf. pág.115).



Salustiano Olózaga [1862]

Estampa de Domingo Martínez Aparici sobre  
dibujo de Federico de Madrazo 1862  
Iconografía Hispana, BNE: 6620-7



Francisco Serrano y Domínguez [ca.1870]

Litografía de Santiago Llanta y Guerin  
Iconografía Hispana, BNE: 8863-12

El seis de junio de 1869 se promulgó la nueva Constitución, lo más destacado de este texto es su extensa declaración de derechos, recogidos en el Título primero, «de los españoles y sus derechos»: derecho de reunión, derecho de asociación, libertad de culto, etc. El Título octavo «De las Diputaciones y Ayuntamientos», solo consta de un artículo, el 99, donde se establecía que «La organización y atribuciones de las Diputaciones provinciales y Ayuntamientos se regirán por sus respectivas leyes. Estas se ajustarán a los [cinco] principios siguientes: primero. Gobierno y dirección de intereses peculiares de la provincia o del pueblo por las respectivas corporaciones (...) y quinto. Determinación de sus facultades en materia de impuestos a fin de que los provinciales y municipales no se hallen en oposición con el sistema tributario del Estado»<sup>27</sup>. Nuevamente se trasladaba la regulación de las competencias de la Administración local a una Ley posterior.

El 7 de junio de 1869, Salustiano Olózaga, junto a otros parlamentarios, solicitó a las Cortes que atendieran una proposición de Ley para nombrar Regente del reino a

<sup>27</sup> CORTES ESPAÑOLAS. *Constitución de la Nación Española. Promulgada el 6 de Junio de 1869*. Madrid: [manuscrito], 1869. Biblioteca del Congreso de los Diputados. [Consultado en [http://www.congreso.es/docu/constituciones/1869/1869\\_cd.pdf](http://www.congreso.es/docu/constituciones/1869/1869_cd.pdf)]



Francisco Serrano y Domínguez, duque de la Torre<sup>28</sup>. Serrano fue nombrado Regente el 15 de junio de 1869, su nombramiento fue efectivo tras la publicación del Decreto de 17 de junio de 1869 (*Gaceta de Madrid*, 18-VI-1869); como Jefe de Gobierno se designó al progresista masón Juan Prim y Prats<sup>29</sup>, mediante Decreto de 18 de junio de 1869 (*Gaceta de Madrid*, 20-VI-1869). Isabel II abdica en junio de 1870, casi dos años después de su destronamiento.



Juan Prim y Prats [1868]

Litografía de Julio Donon sobre dibujo  
de José Cebrián García  
Iconografía Hispana, BNE: 7478-20



Práxedes Mateo Sagasta [1869]

Litografía de Ramón Mosquera y Vidal  
Iconografía Hispana, BNE: 8351-3

Al año siguiente del nombramiento del regente Francisco Serrano y Domínguez, el 20 de agosto de 1870 (*Gaceta de Madrid*, 21-VIII-1870), fueron aprobadas dos Leyes reguladoras de la Administración local (municipal y provincial), que tratan de reforzar la sanidad pública, ambas Leyes recogían las competencias sanitarias siguientes: el artículo 67 de la Ley municipal establecía la exclusiva competencia de los Ayuntamientos

<sup>28</sup> Amelia PASCUAL MEDRANO. *La Regencia en el derecho constitucional español*. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 1998 (cf. pág. 228).

<sup>29</sup> Alberto VALÍN FERNÁNDEZ. *Masonería y revolución: Del mito literario a la realidad histórica*. Santa Cruz de Tenerife: Ediciones Idea, 2008 (cf. pág. 174).

«1<sup>a</sup> Establecimiento y creación de servicios municipales referentes al arreglo de la vía pública, comodidad e higiene del vecindario (...) a saber: (...) VII. Instituciones de beneficencia e instrucción y servicios sanitarios. 2<sup>a</sup> Policía urbana y rural, o sea cuanto tenga relación con el buen orden y vigilancia de los servicios municipales establecidos; (...) higiene y salubridad del pueblo»<sup>30</sup>.

El artículo 46 de la Ley provincial recogía que, a las Diputaciones provinciales, les correspondía el establecimiento y conservación de los servicios que tengan por objeto la comodidad de los habitantes de la provincia, entre ellos, los establecimientos de beneficencia, siempre que no fuesen competencia de los Ayuntamientos.

A lo largo de este periodo de la historia, a la normativa general de sanidad se añadió otra normativa específica y complementaria para regular la atención benéfica pública y privada, y las prestaciones médico-farmacéuticas de las sociedades privadas.

#### **1.1.1. Principales manifestaciones jurídico-institucionales de la sanidad preventiva y asistencial**

La primera Ley española de sanidad se promulga el 28 de noviembre de 1855 (*Gaceta de Madrid*, 7-XII-1855), el mismo año que la Ley creadora de la red telegráfica y la Ley de ferrocarriles, que fomentó su construcción en España y que tanto ayudó a despertar su desarrollo económico. Estaba al frente del Ministerio de la Gobernación Francisco Santa Cruz y Pacheco<sup>31</sup>, miembro del Partido Progresista, cuyos «líderes se afanan por demostrar que su partido es especialmente sensible a las calamidades populares»<sup>32</sup> y, en sus intentos por cambiar la situación política y alcanzar la expansión económica del país, su actividad legislativa liberal fue muy prolífera.

En esta primera Ley, el Estado asume que la sanidad es otra gran ‘infraestructura’ en la que debe intervenir; esta intervención la materializa elevando a rango de Ley la regulación de las funciones sanitarias públicas que ya se venían desarrollando, detallando

---

<sup>30</sup> Ley de 20 de agosto de 1870, reguladora de la Administración municipal (*Gaceta de Madrid*, 21-VIII-1870).

<sup>31</sup> El bienio progresista se desarrolla desde julio de 1854 hasta julio de 1856, y en él, el Gobierno presidido por Espartero, profundiza en las características propias del régimen liberal para intentar reformar, durante el reinado de Isabel II, el sistema político moderado existente desde 1844. «la aplicación del liberalismo se constató en las cerca de 200 leyes del bienio. Entre las mas decisivas se puede citar la Ley General Desamortizadora de 1 de mayo de 1855, que incluyó los bienes de los eclesiásticos, los pueblos, la beneficencia y la instrucción pública» (Ana GUERRERO LATORRE, Sisinio PÉREZ GARZÓN, Germán RUEDA HERNANZ. *Historia Política, 1808-1874*. Madrid: Ediciones Istmo, 2004; la cita en pág. 259).

<sup>32</sup> Antonio FERNÁNDEZ GARCÍA. “Madrid, 1890. Aproximación a una crisis sanitaria”. *Boletín de la Real Academia de la Historia*, 173: 247-295. Madrid, 1976 (cf. pág. 256).

la estructura organizativa existente, con pequeños ajustes. En esta nueva organización centralizadora, el Ministerio de la Gobernación asume las competencias sanitarias públicas, pues la Ley establece que el gobierno superior de la sanidad corresponde al Ministerio de la Gobernación, a través de su Dirección General de Sanidad y, en el ámbito territorial, a los distintos Gobernadores Civiles, bajo la dependencia del Ministerio de la Gobernación; como vemos, esta estructura estaba basada en un sistema sanitario que giraba alrededor de la policía de higiene o de salubridad, de ahí surge su encuadramiento en el Ministerio de la Gobernación y en los Gobiernos Civiles, al considerarse el control de la higiene una función más de la actividad policial del Gobierno. Asimismo, del Gobernador Civil dependían los Subdelegados de Medicina y Cirugía, de Farmacia y de Veterinaria, y las Juntas Provinciales y Municipales.

Esta Ley de 1855 recogía la organización sanitaria básica contenida ya, tres años atrás, en el Real Decreto de 17 de marzo de 1847 (*Gaceta de Madrid*, 24-III-1847), propuesto por Manuel de Seijas Lozano, mientras se encontraba al frente del Ministerio de la Gobernación<sup>33</sup>; éste, en la justificación del Decreto, defiende que la sanidad se debía tratar como uno de los asuntos prioritarios del Gobierno:

«Señora: Si hay alguna parte de la Administración pública que merezca por su importancia llamar de un modo mas constante y especial la atención del gobierno, lo es sin duda el servicio de sanidad, pues de su bueno o mal desempeño pueden resultar grandes beneficios o numerosos e irremediables males, especialmente en países como el nuestro, cuyas provincias litorales han sido tantas veces asoladas por la fiebre amarilla; que tan cercano se halla a las costas donde hace a menudo su asiento la peste, y que tienen en el interior no pocos puntos considerados con sobrado fundamento como focos parciales de infección, pero que pueden convertir las reglas de salubridad pública en fértiles y saludables campiñas. No es estraño, de consiguiente, que la experiencia haya demostrado entre nosotros en tantas y tan variadas ocasiones la necesidad absoluta de dar toda la perfección al servicio de sanidad»<sup>34</sup>.

La Ley de sanidad de 1855 se centraba en la lucha contra las enfermedades epidémicas, de elevada incidencia y que, como apunta Francisco Javier Paredes Alonso, llegaron incluso a trastocar la normalidad administrativa y parlamentaria al aproximarse el momento de la aprobación de la Ley:

---

<sup>33</sup> Aunque el mandato del liberal Manuel de Seijas Lozano al frente del Ministerio de la Gobernación fue corto, desde 28-I-1847 a 29-III-1847, aportó una regulación con importantes avances en materia sanitaria. Formaba parte del gobierno moderado de Carlos Martínez de Irujo y McKean, duque de Sotomayor.

<sup>34</sup> Preámbulo del Ministro de la Gobernación, Manuel de Seijas Lozano, contenido en el Real Decreto de 17 de marzo de 1847 (*Gaceta de Madrid*, 24-III-1847).

«Al margen de la incidencia de la epidemia en la mortalidad del momento, conviene recordar que el cólera trastocó la normalidad administrativa, no solo por las muertes que produjo, sino sobre todo por los abandonos de los funcionarios de los núcleos urbanos, los focos mas castigados. No obstante, en los casos que se han estudiado, todo parece indicar que por encima de las excepciones se impuso la solidaridad ciudadana. Los diputados tuvieron un comportamiento bien distinto. Al abrirse las sesiones, a finales del mes de septiembre [1855], sólo acudieron la mitad por miedo a la epidemia, lo que provocó que por falta de quórum no se pudiera seguir adelante con el proyecto constitucional [Constitución *nonnata* de 1856], y se tuvieron que debatir otros asuntos menores, a pesar de ocupar aquel asunto el primer punto del orden del día»<sup>35</sup>.

En el año de 1855 la enfermedad epidémica con mayor mortalidad era el cólera, produjo 236.744 muertos desde 1853 hasta 1855<sup>36</sup>; esta enfermedad no se controló hasta que se adoptaron importantes medidas de salud pública, aunque en España se erradicó de forma mas tardía que en el norte y centro de Europa<sup>37</sup>. Con carácter general, la reducción de la mortalidad por epidemias en Europa se produce a partir del siglo XVIII y en España desde finales del siglo XIX<sup>38</sup>.

Después de la publicación del Real Decreto de 1847, y a raíz de las recientes epidemias del cólera, era necesario que se plantearan nuevas propuestas sanitarias para tratar de prevenir y controlar una nueva epidemia, para ello se creó la 'Comisión especial del cólera morbo asiático', y una vez que elaboró el trabajo lo remitió al Consejo de Sanidad, éste lo elevó al Ministro de la Gobernación del Reino. Las propuestas se basaron, fundamentalmente, en la protección de las fronteras, al tener en cuenta las medidas ya adoptadas por otras naciones europeas, como Alemania<sup>39</sup>. En cuanto a la sanidad interior, se recomendaba que, en las Juntas de Sanidad, se crearan comisiones permanentes de salubridad, las cuales, entre otras actuaciones, deberían examinar las

---

<sup>35</sup> Francisco Javier PAREDES ALONSO. "Los bienios progresista y moderado (1954-1958)". En: Francisco Javier Paredes Alonso (coord.). *Historia Contemporánea de España. Siglo XIX: 224-233* Barcelona: Editorial Ariel (la referencia en pág. 229).

<sup>36</sup> Entre las víctimas hubo muchos médicos y cirujanos, que se contagiaban en el ejercicio de su profesión. Por ello, el 18 de noviembre de 1855 (*Gaceta de Madrid*, 18-XI-1855) se publicó una Real Orden para indemnizar a sus herederos: «se den del fondo destinado a calamidades públicas 1.000 reales de vellón a las viudas de los médicos y cirujanos, y a falta de estos a los hijos (...), con tal que el facultativo haya fallecido del cólera en el ejercicio de su noble profesión». Para el caso madrileño cf. Antonio FERNÁNDEZ GARCÍA. "Madrid, 1890. Aproximación a una crisis sanitaria". *Boletín de la Real Academia de la Historia*, 173: 247-295. Madrid, 1976 (en particular pág. 265).

<sup>37</sup> Dolores LÓPEZ DE HEREDIA *Envejecimiento demográfico y mortalidad en Navarra, 1975-1991*. Madrid: Ediciones Rialp, 1999 (cf. pág. 19).

<sup>38</sup> Víctor CLIMENT SANJUAN. *Estructura social de España y Cataluña*. Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona, 2004 (cf. pág. 23).

<sup>39</sup> Los distintos informes se publican en la *Gaceta de Madrid*, de 21-VII-1849, 23-VII-1849 y 24-VII-1849.

causas de insalubridad de la población y «el estado de la hospitalidad común y domiciliaria, tanto para los indigentes sanos como para los enfermos, investigando cuidadosamente con qué auxilios cuenta la beneficencia pública»<sup>40</sup>, al considerarse que la enfermedad se transmitía ‘a través del aire’.

En estos años ya había importantes estudios que demostraban que la higiene era básica para evitar el contagio, por lo que el Gobierno, atendiendo a estos nuevos conocimientos, debía regular las medidas a tomar y vigilar su cumplimiento:

«El origen microbiano de las enfermedades contagiosas y la especificidad de los gérmenes fueron defendidos como programa científico por Jakob Henle (1840) (...) destaca el francés Casimir J. Davaine, que descubrió el bacilo causante del carbunco (1855)»<sup>41</sup>.

En 1854 Jhon Snow alertó de la transmisión del cólera a través del agua de bebida contaminada, el mismo año Filippo Pacini había descrito el bacilo detectado en un enfermo. Pero la lentitud de la Administración sanitaria española queda de manifiesto si se atiende, además de a la elevada mortalidad de las enfermedades contagiosas, a lo contenido en bibliografía de la época. La *Revista Médica y Sanitaria* de diciembre de 1855, impresa el mismo mes en que se publica la Ley de sanidad dedicó su número, de forma monográfica, a la enfermedad del cólera, proponiendo medidas sanitarias para acabar con la epidemia que provocaba tantas víctimas en la mayoría de las provincias españolas, las medidas que se demandaban pretendían reforzar la higiene pública, principalmente a través del adecuado saneamiento de las aguas, así como mediante la mejora de la sanidad exterior y el incremento de la eficacia de la autoridad de la policía higiénica y sanitaria. Tiene interés la descripción que la revista hace de la situación insalubre de la ciudad de Madrid, una muestra más de la necesidad de atender dichas demandas:

«Y aún cuando logremos ver completamente extinguido el cólera en las provincias, todavía quedaremos expuestos a nuevas invasiones por el boquete de los puertos de mar, que es por donde penetró en 1853 (...). Importa, por lo tanto, que el Gobierno tome en gran consideración: 1º. La necesidad de aislar y extinguir el cólera en los puntos del reino donde todavía chispea: 2º, la necesidad de impedir

---

<sup>40</sup> Apartado 4º del artículo 13 del Informe del Consejo de Sanidad de fecha 16 de noviembre de 1848 (*Gaceta de Madrid*, 24-VII-1849), elevado al Ministro de la Gobernación por el Vicepresidente del Consejo, el marqués de Vallgornera. El marqués de Valgornera fue cesado como Vicepresidente del Consejo de Sanidad por no incorporarse a desempeñar su cargo, en plena epidemia de cólera, después de un viaje oficial por Europa; este cese se recogió en el Real Decreto de 16 de noviembre de 1855, le sustituyó Pascual Madoz, ex Presidente de las Cortes y ex Ministro de Hacienda (Pedro Felipe MONLAU. *El monitor de la salud de las familias y la salubridad de los pueblos*. Madrid: Carlos Bailly-Billiére, 1858-1865. 7 vols.; cf. vol. 2: 183. 1859).

<sup>41</sup> José María LÓPEZ PIÑERO, María Luz TERRADA. *Introducción a la Medicina*. Barcelona: Biblioteca de Bolsillo Crítica, 2000 (la referencia en pág. 77).

su ulterior introducción por los puertos y costas, y 3º. La necesidad de elevar la policía higiénica y sanitaria, urbana y rural, a la categoría de verdadera institución administrativa, como eficaz preservativo general de toda dolencia epidémica... y a propósito de Madrid y de policía sanitaria, diremos que esta sigue en *statu quo*: el canal de Manzanares sin cegar; la calle de San Ricardo tan navegable como siempre; la calle de los Negros, el callejón de los Gitanos, las entradas de las calles de la Aduana y de Jardines... rivalizando con la de San Ricardo...tal se va poniendo el piso en la coronada villa, que ya se va haciendo mas urgente la *llevada* de las aguas inmundas que la *traída* de las potables – Añádase que en el Rastro y otras plazuelas se vende mala carne, peor pescado, escabeche averiado (...) las casas donde se guisa de comer continúan infectas, tan mal sanas, como guste figurarse al lector; y convengamos en que si el cólera no retoña, o si retoña y no nos mata a todos, no será, vive Dios, por las dificultades que le opongan nuestras medidas higiénicas»<sup>42</sup>.

En otros países europeos ya se había aprobado una intensa normativa de higiene y sanidad que sirvió de modelo a la Ley española. Entre esta normativa se debe citar la primera Ley inglesa de 1848<sup>43</sup>, mediante la que se constituía una Junta Superior de Sanidad, *General Board of Health*, con prerrogativas sobre las Juntas locales, que podían nombrar médicos inspectores de higiene, *Officers of Health*<sup>44</sup>. De las Leyes francesas hay que destacar la *De organisation des écoles de pharmacie et organisation du contrôle de la profession* de 11 de abril de 1803, la *Relative à la police sanitaire* de 3 de marzo de 1822, la de *Etablissant un comité consultatif d'hygiène* de 10 de agosto de 1848, la de *L'assainissement des logement insalubres* de 19 de enero de 1850 y la de 22 de enero de 1851 *Sur les hospices et hôpitaux*<sup>45</sup>. Además, el 27 de julio de 1851 se celebró en París la

<sup>42</sup> El texto, publicado por la *Revista Médica y Sanitaria*, fue recogido por la *Gaceta de Madrid*, 7-XII-1855 (cf. pág. 8).

<sup>43</sup> En Gran Bretaña, los orígenes de la Ley de salud pública se remontan a 1848, con el inicio del *Public Health Act*; el Act de 1848 se produjo en respuesta a los problemas de la ciudad industrial. Entre las investigaciones públicas en las que se basaron quienes se ocuparon de su redacción destaca el informe de 1842, sobre las condiciones sanitarias de la población trabajadora de Gran Bretaña (*Report on the Sanitary Conditions of the labouring Population of Great Britain*). Este informe condujo a su autor, Edwin Chadwick, a concluir que, «la pérdida anual de vidas humanas, derivada de la inmundicia y la mala ventilación, es mayor que la causada por las recientes guerras». Otras investigaciones del momento apoyaron esta visión, incluyendo la del *Royal Commission on the sanitary state of large towns and populous districts of 1844*. Por ello, el *Public Health Act* de 1848 fue la respuesta legislativa más importante a los problemas destacados en dichos informes. Otra razón por la que el *Public Health Act* de 1848 se puede considerar el punto de partida de la Ley de la salud pública, es porque en él se fijó una regulación del sistema de salud que, en muchos aspectos continúa vigente en la actual Ley británica de salud pública. De forma breve se puede decir que el Act creó una estructura administrativa distinguiendo intereses 'locales y centrales'; reconoce la importancia de administrar la salud pública en un ámbito regional (*local government*), mientras que requiere que estos gobiernos locales converjan en uno central (Christopher REYNOLDS. *Public Health Law Regulation*. Sydney: The Federation Press, 2004 (cf. págs. 70-71).

<sup>44</sup> Esteban RODRÍGUEZ OCAÑA. *Por la salud de las naciones: higiene, microbiología y medicina social*. Tres Cantos (Madrid): Ediciones Akal, 1992 (cf. pág. 18).

<sup>45</sup> Vicent-Pierre COMITI. *Les textes fondateurs de l'action sanitaire et sociale*. Paris: ESF éditeur, 2002 (cf. págs. 408-409).

primera *Conference Sanitaire Internationale*, con el fin de acordar el régimen sanitario marítimo entre todas las potencias europeas.

En La Ley española de 1855 se regula el Consejo de Sanidad, semejante a los establecidos en la normativa francesa e inglesa, con atribuciones consultivas y otras que podía determinar el Gobierno para casos especiales. Este Consejo de Sanidad se había creado ya antes, por el mencionado Decreto de 1847, a la vez que su artículo 1º suprimía la Junta Suprema de Sanidad del Reino, que había tenido funciones ejecutivas. La Ley, por lo tanto, mantiene el Consejo de Sanidad, pero modifica su composición; el artículo 6º del Real Decreto reserva seis vocales numerarios para «personas que se hayan distinguido por sus conocimientos en las ciencias médicas, naturales o químicas», y, sin embargo, el artículo 4º de la Ley aumentó el número de profesionales sanitarios, «cinco profesores en la Facultad de Medicina, tres en la de Farmacia, un catedrático del Colegio de Veterinaria».

José María López Piñero y María Luz Terrada recuerdan que, a lo largo del siglo XIX, casi todos los países europeos adoptaron una estructura organizativa centralizada muy similar:

«En 1790, la Asamblea constituyente [francesa] creó un *Comité de Salubrité* cuya actividad fue el punto de partida del modelo centralizado de organización sanitaria. Tras numerosas vicisitudes legales en las posteriores etapas políticas, dicho modelo cristalizó definitivamente en 1848 en una estructura integrada por un consejo nacional de higiene, consejos departamentales (o provinciales) y delegados locales. A lo largo del siglo XIX, casi todos los países del continente europeo adoptaron una estructura centralizada»<sup>46</sup>.

Las funciones asesoras del Consejo de Sanidad, en el ámbito central, se completaban con las funciones, también asesoras, de las Juntas provinciales y municipales. Antes, el artículo 2º del Real Decreto de 1847 había suprimido las antiguas Juntas provinciales y municipales que tenían competencias ejecutivas, y reguló, en su artículo 14, tres clases de nuevas Juntas: las Juntas provinciales de sanidad en cada capital de provincia, las Juntas de partido en cada capital de partido, y las Juntas municipales en los puertos de mar que no fuesen capitales de provincia o de partido. La Ley de 1855 modifica ligeramente esta estructura territorial y, en su artículo 52, clasifica estas Juntas sólo en dos tipos: Juntas provinciales, ubicadas en las capitales de provincia, y Juntas municipales, ubicadas en los «pueblos que excediesen de 4.000 almas».

---

<sup>46</sup> José María LÓPEZ PIÑERO, María Luz TERRADA. *Introducción a la Medicina*. Barcelona: Biblioteca de Bolsillo Crítica, 2000 (la referencia en pág. 144).

Además, la Ley incrementa el número de profesionales médicos que debían formar parte de estas Juntas, respecto a los establecidos en el Decreto de 1847. Las provinciales debían disponer de dos profesores de la Facultad de Medicina, dos de la Facultad de Farmacia, un profesor de Cirugía y un veterinario, mientras que el Decreto preveía 'al menos' tres profesores de Medicina o Farmacia, excepto en Madrid que se añadía un profesor de Veterinaria. En las Juntas municipales, la Ley asignaba tres profesores, uno de Medicina, otro de Farmacia y otro de Veterinaria, a los que se sumaba un profesor de Cirugía 'si lo hubiere'; sin embargo, el Decreto establecía en las Juntas de partido dos profesionales sanitarios: uno de Medicina y otro de Farmacia, y respetaba la estructura anterior al Decreto de las Juntas de los puertos de mar «hasta que se proceda a su reforma».

El Real Decreto de 1847 se completó con la aprobación de dos Reglamentos. El primero, el Reglamento para la organización y atribuciones del Consejo y de las Juntas de Sanidad del Reino, publicado mediante Real Orden de 26 de marzo de 1847 (*Gaceta de Madrid*, 4-IV-1847), detallaba las competencias de la Junta de Sanidad del Reino, de las Juntas provinciales y de las Juntas de partido; respecto a las Juntas municipales, el artículo 52 del Reglamento aclaraba lo establecido en el Real Decreto de 1847: «no habiendo de subsistir por ahora juntas municipales de sanidad sino en los puertos de mar que no las tengan provinciales o de partido, seguirán las que haya actualmente en estos puertos bajo la dirección inmediata del jefe político».

El segundo Reglamento se elabora para completar la organización provincial relacionada con las competencias de los Subdelegados de Sanidad Interior del Reino, es aprobado el 24 de julio de 1848 y publicado mediante Real Orden de 2 de agosto de 1848 (*Gaceta de Madrid*, 6-VIII-1848), siendo ministro de la Gobernación el moderado Luis José Sartorius Tapia, nombrado conde de San Luis por Isabel II<sup>47</sup>.

En cuanto a los servicios sanitarios, la Ley los divide en dos: uno 'marítimo' y otro 'interior'; ambos tenían un doble objetivo, por un lado, efectuar la acción sanitaria, tanto preventiva como asistencial de las enfermedades infecciosas y, por otro, realizar la atención sanitaria a los enfermos sin recursos económicos.

---

<sup>47</sup> Luis José Sartorius Tapia fue Ministro de la Gobernación en el gabinete formado por Narváez «desde 4-10-1847 a 1-10-1849 y de 20-10-1849 a (...) 14-1-1851» (*Gaceta de Madrid*, 15-I-1851); entre el 19-IX-1853 y el 1-VII-1854 fue Presidente del Gobierno y Ministro de la Gobernación; tuvo que dimitir obligado por el Parlamento, debido a sus maniobras para ganar las elecciones. Los sucesos de 1856 le condujeron a dirigir la Embajada de España en Roma; presidió las últimas Cortes de Isabel II (Javier MIRANDA VALDÉS. *Aureliano Fernández-Guerra (1816-1894) un romántico, escritor y anticuario*. Madrid: Real Academia de la Historia, 2005 (cf. pág. 236).



### *El servicio sanitario marítimo*

La Ley dedica una extensa regulación a la sanidad marítima, sus redactores priorizaron el control en los puertos de determinadas enfermedades para impedir su entrada, frente al control interior, al considerar que las enfermedades epidémicas se generaban en el exterior de la Península. El 'servicio sanitario marítimo' se recoge en los capítulos IV al X que contienen cuarenta artículos. En el capítulo IV se establece que, en cada uno de los puertos habilitados, se creará una 'Dirección Especial de Sanidad', dependiente de la Administración Central, «estos directores se entenderán de oficio con el gobernador civil de su respectiva provincia, y los gobernadores con el Ministerio. En todas las resoluciones facultativas oirán el dictamen del médico de visita de naves».

El servicio sanitario marítimo tenía una finalidad preventiva, al tratar de impedir la entrada de enfermedades por esta vía; para ello se clasificaban las patentes en uno de los dos tipos recogidos en el artículo 18, «limpia, cuando no reine enfermedad alguna importable o sospechosa, y sucia en los demás casos»<sup>48</sup>. La Ley establecía medidas obligatorias de atención a la tripulación de los buques «ninguna medida sanitaria podrá llegar al extremo de rechazar o despedir un buque sin prestarle los auxilios convenientes», aunque estas medidas estaban basadas en el impreciso concepto de 'auxilio conveniente'.

En el capítulo V se regulan las funciones de los lazaretos, que tenían la finalidad de controlar y evitar la propagación de las enfermedades. El artículo 26 los divide en 'sucios' y 'de observación'. En los primeros harían cuarentena los buques de patente sucia, de peste levantina o de fiebre amarilla, y los que por sus malas condiciones higiénicas hubieran estado sujetos al trato de 'patente sucia'. En los lazaretos de observación, además de ser verificados en todos los supuestos establecidos, serían considerados como sucios en todo caso para el cólera morbo-asiático<sup>49</sup>.

La financiación de estos servicios sanitarios marítimos se atendía mediante la liquidación de los buques de los denominados 'derechos sanitarios marítimos'<sup>50</sup>, de gestión estatal, pues se recaudaban por los empleados de la Hacienda Pública con la

---

<sup>48</sup> Para esta clasificación se visitaba previamente la nave, según el procedimiento establecido en el capítulo VI de esta misma Ley.

<sup>49</sup> En los capítulos VIII y IX de esta Ley de 1855, derivados de las mencionadas patentes, se regulan las cuarentenas y los expurgos del cargamento.

<sup>50</sup> Establecidos en el capítulo X de la Ley de 1855.

intervención de los de Sanidad (artículo 50). Estos derechos se clasificaban en tres tipos: de 'entrada', de 'cuarentena' y de 'lazareto'; cada persona satisfacía cuatro reales diarios por derecho de estancia en el lazareto más los gastos que ocasionasen, a los que se añadían otras cuantías que dependían del género transportado en el buque<sup>51</sup>.

### *El servicio sanitario interior*

La estructura del 'servicio sanitario interior' se desarrolla a través de las Juntas de Sanidad, quedando definitivamente clasificadas en dos, provinciales y municipales<sup>52</sup>, con dependencia del jefe político de la provincia y con funciones exclusivamente consultivas. La Ley encarga a las Juntas de Sanidad uno de los aspectos que tuvo mas trascendencia en la sanidad asistencial española, ya que, utilizando sus competencias asesoras, debían indicar a los Ayuntamientos la necesidad de implantar en los municipios la hospitalidad domiciliaria. Para ello, tendrían que contratar facultativos titulares, según establecía en su artículo 64:

«... las Juntas Provinciales de Sanidad invitarán a los Ayuntamientos a que establezcan la hospitalidad domiciliaria<sup>53</sup> y a que creen, con el concurso y consentimiento de los vecinos, plazas de médicos, cirujanos y farmacéuticos titulares, encargados de la asistencia de las familias pobres, teniendo también los facultativos titulares el deber de auxiliar con sus consejos científicos a los municipios, en cuanto diga relación con la policía sanitaria»<sup>54</sup>.

Aunque esta 'invitación' a los Ayuntamientos se podía convertir en una obligación cuando los municipios no hubieran creado estas plazas y existieran familias pobres sin atención médica y farmacéutica (artículo 65). La asignación anual de estos sanitarios titulares se debía establecer en el contrato suscrito con los Ayuntamientos que, según lo recogido en el artículo 67 de la Ley, debía ser «proporcionada al número de familias pobres a quienes los facultativos se comprometiesen a auxiliar con los recursos científicos». El artículo 69 de la Ley indicaba que los nombramientos que hicieran los

---

<sup>51</sup> Los importes de éstos se contenían en los artículos adicionales de la Ley de sanidad.

<sup>52</sup> Cuya composición se detalla en el capítulo XI de la Ley de sanidad.

<sup>53</sup> La 'hospitalidad domiciliaria' era la asistencia sanitaria en el domicilio del paciente; según varios autores, es un concepto que se deriva de las ideas de fraternidad del siglo XVIII, se trataba de ofrecer la misma atención sanitaria de los hospitales pero fuera de ellos, pues los higienistas criticaban las instalaciones hospitalarias por su insalubridad.

<sup>54</sup> Ley de sanidad, de 28 de noviembre de 1855 (*Gaceta de Madrid*, 7-XII-1855).

pueblos debían ser aprobados por las Diputaciones provinciales; mas tarde, en 1859 serán aprobados por el Gobernador civil.

Esta asistencia a enfermos sin recursos, facilitada por los Ayuntamientos, ya estaba prevista en la Ley de beneficencia de 6 de febrero de 1922, y en el artículo 12 de la Instrucción para el gobierno económico-político de las provincias de 3 de febrero de 1823.

Por otro lado, la Ley de sanidad de 1855 preveía la asistencia facultativa de profesionales libres, no titulares, destinada a los vecinos no recogidos en un padrón de beneficencia; en concreto, en su artículo 68 establecía que, «los profesores no titulares son completamente libres en el ejercicio de su profesión, a no ser que estén contratados particularmente con los vecinos, en cuyo caso están obligados al cumplimiento de los deberes que se hubiesen impuesto, del mismo modo que los vecinos contratados». El Estado se reservaba la toma de decisiones ante una epidemia, la Ley lo denomina 'sistema cuarentenario interior'<sup>55</sup>.

La regulación de la profesión farmacéutica se recogía en el capítulo XIV, estableciendo que la dispensación de medicamentos corresponde, de forma exclusiva, a los farmacéuticos. En concreto, en el artículo 81, se establece que «sólo los farmacéuticos autorizados con arreglo a las leyes podrán expender en sus boticas medicamentos simples o compuestos; no pudiendo hacerlo sin receta de facultativo, de aquellos que por su naturaleza lo exijan». En el siguiente artículo, el 82, se regula la forma de dispensar una receta y continúa el articulado de este capítulo detallando las obligaciones de los farmacéuticos al entregar los medicamentos. Por último, se relaciona el procedimiento para publicar la farmacopea oficial (artículos 85-89). En cuanto a la inspección de medicamentos, en el capítulo XV se crea la figura del Inspector de Géneros Medicinales y se regulan sus funciones; es el artículo 90 el que recoge esta figura y establece que les compete a los doctores o licenciados en Farmacia «en las Aduanas del Reino que el Gobierno califique de primera clase, habrá dos Inspectores de Géneros Medicinales que serán doctores o licenciados en la Facultad de Farmacia; en las restantes no habrá más que un Inspector». Éstos eran Inspectores de la Administración Estatal, ya que su nombramiento era efectuado por el Ministerio de la Gobernación (artículo 90); aunque, para inutilizar un medicamento era necesario que el Administrador de la Aduana consultara a la Junta Provincial de Sanidad (artículo 92).

---

<sup>55</sup> El 'sistema cuarentenario interior' queda regulado en el capítulo XII de la Ley de 1855.

El capítulo XVIII encarga al Gobierno el desarrollo reglamentario de las ‘reglas higiénicas’ a que estarán sujetas todas las poblaciones del Reino.

En el aspecto preventivo de la sanidad, realizado por la Administración Local, tiene un papel importante la vacunación; ésta se regula en el capítulo XIX, estableciendo que «los Ayuntamientos, los Delegados de Medicina y Cirugía y las Juntas de Sanidad y Beneficencia tienen estricta obligación de cuidar sean vacunados oportuna y debidamente todos los niños».

Santiago Muñoz Machado señala que la Ley llegó tarde por lo que se quedó pronto anticuada, sin embargo, hasta un siglo después, España no contó con una nueva Ley de sanidad; esta carencia se trató de solventar con una gran cantidad de normas de menor rango que fueron aprobadas a lo largo del periodo:

«En su aspecto técnico-sanitario la Ley fue pobre; sobre este punto se ha dicho de ella que, “aunque necesaria, llegó tarde; pues pronto no podrá abarcar la complejidad y renovación que señalan las directrices de hacer una Sanidad Pública bajo el postulado de vacunar, aislar y sanear”. Quizá, por esta razón, las normas sanitarias de rango menor proliferaron, a partir de entonces, con una generosidad increíble, sin duda tratando de compensar la insuficiencia congénita de la única Ley Sanitaria de ámbito general con que contaría el país hasta 1944»<sup>56</sup>.

### **1.1.2. Principales manifestaciones jurídico-institucionales de la sanidad asistencial pública: la beneficencia**

La asistencia sanitaria benéfica se encontraba recogida en la Constitución de 1812, donde se establecían, de forma genérica, las funciones y competencias de las Administraciones Locales y se encargaba al Gobierno la necesaria regulación. En esta Constitución se incluye un débil sistema público de asistencia al ‘pobre’. En concreto, el artículo 321, apartado 6º, indicaba que correspondía a los Ayuntamientos «cuidar de los hospitales, hospicios, casa de expósitos y demás establecimientos de beneficencia bajo las reglas que se prescriban»; y el artículo 325, apartado 8º, asignaba a las Diputaciones Provinciales la función inspectora de dichos establecimientos, al decir que deberían «cuidar de que los establecimientos piadosos y de beneficencia llenen su respectivo objeto, proponiendo al Gobierno las reglas que estimen conducentes para la reforma de los abusos que observaren». En base al mandato constitucional que encargaba a los

---

<sup>56</sup> Santiago MUÑOZ MACHADO. *La sanidad pública en España (Evolución histórica y situación actual)*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de la Administración Pública, 1975 (cf. pág. 120).

Ayuntamientos ‘cuidar’ de los hospitales y establecimientos benéficos, la Instrucción para el gobierno económico–político de las provincias de 1813, en su artículo I, estableció que ese cuidado debía concretarse en «cuidar de la limpieza de los hospitales, cárceles y casas de caridad o de beneficencia».

José María Alonso Seco y Bernardo Gonzalo González indican que, aunque las disposiciones constitucionales imponían algunas obligaciones a las Administraciones Públicas para organizar y gestionar la beneficencia pública, no se relegó por completo la caridad privada, mas bien convivieron ambas, incluso después de publicadas las sucesivas Leyes desamortizadoras:

«La ley de 27 de septiembre de 1820 suprimió los mayorazgos y patronatos, y prohibió a iglesias, monasterios, hospitales, hospicios, casas de misericordia y análogos adquirir bienes raíces o inmuebles. Las leyes desamortizadoras más radicales se promulgaron entre 1836 y 1855 (...) A causa de estas reformas, las funciones asistenciales que la Iglesia dejó de atender hubieron de ser dispensadas por las Administraciones Públicas a través de sus recursos presupuestarios, y el legislador tuvo que encomendar primero a los Ayuntamientos, y más tarde también a Diputaciones provinciales y al Estado, responsabilidades públicas en atención de los indigentes (...) En suma, se ha dado el paso desde la caridad a un incipiente sistema público de protección asistencial.

Es importante reflejar, no obstante, y en plena consonancia con los principios liberales que respetan la acción del individuo y de las asociaciones en que se agrupa, que la noción de beneficencia pública no va a relegar por completo la de caridad»<sup>57</sup>.

El proceso de secularización asistencial se inició, recuerda Alberto Marcos Martín, con la promulgación de la legislación desamortizadora de Manuel Godoy, dictada en 1798, aunque éste no era su objetivo fundamental; si bien, la insuficiencia de recursos presupuestarios impidió la asunción total de la asistencia benéfica por el Estado, en este periodo:

«Aunque no faltaron las propuestas mas radicales de algunos proyectistas que, desde diferentes perspectivas, argumentaron a favor de la secularización de la tarea asistencial y la asunción por parte del Estado de tales atribuciones, es evidente que éste carecía de los medios para afrontar por sí solo dicha responsabilidad. (...) Se equivocaban además muchos de estos teóricos al atribuir a la iglesia la exclusividad de la función asistencial, (...) responsable de la fundación y sostenimiento de una gran parte de los establecimientos de caridad existentes (...). Fueron precisamente estos establecimientos -hospitales, cofradías, obras pías, pósitos y casas de misericordia- los más perjudicados por la legislación desamortizadora de Godoy promulgada en 1798. Su aplicación marcó el punto de partida –ya sin retorno- en el proceso secularizador de la asistencia, aunque no

<sup>57</sup> José María ALONSO SECO, Bernardo GONZALO GONZÁLEZ. *La asistencia social y los servicios sociales en España*. Madrid: Publicaciones del Boletín Oficial del Estado, 2000 (cf. pág. 71).

fuera éste en realidad el objetivo perseguido por los gobernantes, preocupados ante todo por atajar la marea de los vales reales que amenazaba con anegar la Hacienda del Estado»<sup>58</sup>.

### *La primera Ley de beneficencia pública [1822]*

Durante el Trienio Constitucional (1820-1823), son los liberales progresistas quienes, en aplicación estricta de los mandatos de la Constitución restaurada<sup>59</sup>, el 27 de diciembre de 1821 decretan en las Cortes el Reglamento general de beneficencia pública, que sería sancionado el 6 de febrero de 1822. Esta primera Ley de beneficencia fue suspendida al año siguiente y restablecida en 1836<sup>60</sup>, en ella se definía y se estructuraba esta prestación. La Ley encarga a los Ayuntamientos la gestión del sistema de beneficencia, que lo efectuarán, con carácter general, a través de las Juntas municipales de beneficencia, y en las poblaciones grandes, a través de las Juntas parroquiales de beneficencia, incluyendo así la beneficencia dentro de la estructura organizativa del Estado. En esta primera Ley de beneficencia, y en la posterior de 1849, la asistencia sanitaria estaba basada en la atención domiciliaria, quedando la asistencia en centros hospitalarios reservada para los enfermos que careciesen de hogar o estuviesen afectados por dolencias peligrosas para la comunidad<sup>61</sup>.

Alfonso Barada Rodríguez detalla los distintos tipos de instituciones de beneficencia recogidos en el título III de la Ley de 1822:

«a) Casas de maternidad, con tres funciones: atención a mujeres embarazadas, desde el séptimo mes hasta después del parto; lactancia; cuidado de niños hasta los seis años.

b) Casas de socorro, para la atención a niños, desde los seis años, personas impedidas y pobres.

c) Socorros domiciliarios, para ayudas a familias en situaciones de necesidad.

---

<sup>58</sup> Alberto MARCOS MARTÍN. *España en los siglos XVI; XVII y XVIII. Economía y sociedad*. Barcelona: Editorial Crítica, 2000 (cf. pág. 295).

<sup>59</sup> La Constitución de 1812 estuvo en vigor durante tres periodos: los seis años que median desde 1812 hasta 1814, a los que puso fin el retorno de Fernando VII, que derogó el texto instaurando el absolutismo; de 1820 a 1823, durante el trienio liberal, periodo que finaliza con un nuevo retorno de Fernando VII; y desde 1836 a 1837, un periodo que se inicia cuando María Cristina se vio obligada a capitular y a entregar el poder a los progresistas, quienes restablecieron la Constitución de 1812 hasta que se promulgó la de 1837.

<sup>60</sup> En 1823, al iniciarse la década absolutista, fue abolida la Ley de 1822, como el resto de normativa constitucional; ésta se restablece en 1836, según lo previsto en el mencionado Real Decreto de 8 de septiembre de 1836.

<sup>61</sup> Ley de 6 de febrero de 1822, artículos 98 y 104. Como ejemplos de establecimientos generales se pueden citar, en Madrid, el Hospital de la Princesa, el de Jesús Nazareno, el de Nuestra Señora del Carmen y el Instituto Oftálmico.

- d) Hospitalidad domiciliaria; esto es, asistencia sanitaria a domicilio.
- e) Hospitalidad pública, con hospitales en capitales de provincia y pueblos importantes»<sup>62</sup>.

Lo establecido en esta Ley se complementa con la Instrucción para el gobierno económico-político de las provincias de 1823, donde se indicaba a los Ayuntamientos su deber de procurar, al menos, un facultativo para efectuar la asistencia sanitaria de los pobres. La financiación de la hospitalidad domiciliaria, la más numerosa de la atención benéfica, se basaba en un sistema mixto, fundamentalmente a través de los fondos de los Ayuntamientos, y solo en el caso en que no fueran suficientes, se podían completar con fondos de la Administración Central.

Se puede decir, siguiendo a José María Alonso Seco y Bernardo Gonzalo González que, con la Ley de beneficencia de 1822, la asistencia sanitaria benéfica se estructura como un verdadero 'sistema público', cuando su gestión y su financiación es pública, y también cuando es privada, pues, en este caso, los establecimientos deben atender a lo establecido en la Ley y están sometidos a la inspección:

«La beneficencia se constituye como 'un sistema público', en su objeto (art. 134), en su gestión (arts. 1 y 127), en su financiación (arts. 25 y ss.), en la recaudación de fondos por la Hacienda Pública (art. 30); sistema unitario restrictivo y claramente intervencionista: no sólo los establecimientos de Beneficencia, públicos y privados, han de sujetarse a lo prescrito por la Ley (art. 127); sino que se suprimen aquellos no mencionados en ella (art. 134)»<sup>63</sup>.

#### *Ley de los establecimientos de beneficencia [1849]*

La Ley de los establecimientos de la beneficencia de 20 de junio de 1849 (*Gaceta de Madrid*, 24-VI-1849) designaba como públicos a los establecimientos de la beneficencia que detalla y regula, para diferenciarlos de la beneficencia costeada con fondos particulares, cuya dirección y administración debía confiarse a corporaciones autorizadas por el Gobierno o a patronos designados por el fundador. En su artículo 18 se recogía que en estos establecimientos no se podían admitir a pobres o mendigos válidos, y que las casas de maternidad serían establecimientos provinciales. En su artículo 2 se indicaba que el Gobierno clasificaría los establecimientos de la beneficencia en tres niveles: general, provincial y municipal, según la procedencia de sus fondos, la naturaleza

<sup>62</sup> Alfonso BARRADA RODRÍGUEZ. *La protección Social en España hacia 1845*. Bilbao: Fundación BBVA, 2001 (cf. págs. 149-150).

<sup>63</sup> José María ALONSO SECO, Bernardo GONZALO GONZÁLEZ. *La asistencia social y los servicios sociales en España*. Madrid: Publicaciones del Boletín Oficial del Estado, 2000 (cf. pág. 76).

de los servicios prestados y oyendo, previamente, a las Juntas que se clasificaban, por la misma Ley, en general, provinciales y municipales.

Aunque la dirección de la beneficencia era competencia del Gobierno<sup>64</sup>, era responsabilidad de las Juntas correspondientes el efectuar la vigilancia de la gestión de estos establecimientos. El presidente de la Junta general lo nombraba el Gobierno y formaban parte de ella el Arzobispo de Toledo, el Patriarca de las Indias y el Comisario general de Cruzada, entre otros representantes de los distintos ámbitos del Gobierno (Gobernación, Contencioso, Instrucción pública y Sanidad). Las Juntas provinciales se componían del Jefe político, del prelado diocesano, de dos capitulares o dos eclesiásticos, de un diputado provincial, de un médico y del patrono de un establecimiento provincial, entre otros. Las Juntas municipales estaban compuestas por el alcalde, el cura párroco, uno o dos regidores y el médico titular, entre otros.

A estas Juntas les correspondía organizar y fomentar los socorros domiciliarios; pero la supervisión cotidiana de los establecimientos se encargaba a las Juntas de señoras que, como delegadas de las Juntas provinciales, debían cuidar de las casas de expósitos, de las de maternidad, y del resto de establecimientos provinciales. En cuanto a los fondos para la asistencia, se establecerían en los presupuestos municipales, provinciales y estatales, cuya vigilancia y revisión correspondía a las Juntas correspondientes.

Mediante el Reglamento general de 14 de mayo de 1852 para la ejecución de la Ley de 1849 (*Gaceta de Madrid*, 16-V-1852) se clasificaron los establecimientos de beneficencia en públicos y particulares y, dentro de los públicos, en generales, provinciales y municipales. Coordinando así el sistema asistencial con las Leyes de organización y atribuciones de los Ayuntamientos y de las Diputaciones provinciales de enero de 1845.

---

<sup>64</sup> Esta centralización estaba en consonancia con lo defendido por Narváez pues, durante su presidencia, se aprobó la Ley de centralización administrativa; la minuciosa ordenación de la asistencia sanitaria destinada a las clases desfavorecidas también estaba en consonancia con la asunción por el Gobierno de otras materias de índole similar, como la instrucción pública, que pasa a ser competencia del Estado.



*Reglamento para el ejercicio de la beneficencia municipal de Madrid [1858]*

El Reglamento para establecer la beneficencia en el municipio de Madrid se aprueba el 27 de agosto de 1858<sup>65</sup>. En su Título I se determinan los establecimientos de la beneficencia municipal de Madrid, de conformidad con lo previsto en el Reglamento general para la ejecución de la Ley de 1849; en el artículo 2 se indica que se establecerán las casas de socorro que sean necesarias y se organizará convenientemente la beneficencia domiciliaria y la hospitalidad 'pasajera'.

La finalidad de las casas de socorro se detalla en los artículos 5º y 6º del Reglamento:

«... art. 5º establecimientos destinados, 1º, a recoger accidentalmente el número que sea posible de enfermos (...) 4º, a la celebración de consultas diarias que deben tener los médicos y cirujanos, de doce a una, todos los días no festivos (...) art. 6º en las casas de socorro, habrá también un botiquín completo para servirse de él en las casas en que sea necesario»<sup>66</sup>.

La beneficencia domiciliaria tiene la finalidad de asistir a familias indigentes enfermas, por facultativos y con medicinas. La hospitalidad 'pasajera' está destinada a recoger en los asilos, niños, ancianos e impedidos.

Las casas de socorro se financiaban mediante cuotas mensuales de los vecinos de Parroquia, denominados 'suscriptores', y de donativos voluntarios; cuando los ingresos privados no alcanzaban para retribuir a los médicos, era el Ayuntamiento quien lo atendía con su presupuesto municipal<sup>67</sup>.

---

<sup>65</sup> [AYUNTAMIENTO DE MADRID]. *Reglamento general para el ejercicio de la Beneficencia Municipal de Madrid, aprobado por S. M. en 27 de Agosto de 1858*. Madrid: Oficina Tipográfica de los Asilos de San Bernardino, 1858.

<sup>66</sup> [AYUNTAMIENTO DE MADRID]. *Reglamento general para el ejercicio de la Beneficencia Municipal de Madrid, aprobado por S. M. en 27 de Agosto de 1858*. Madrid: Oficina Tipográfica de los Asilos de San Bernardino, 1858.

<sup>67</sup> «Las Casas de Socorro son unos establecimientos caritativos cuyo principal objeto es aliviar *instantáneamente* las desgracias que a cualquiera, sin distinción de clases ni sexos, le puedan ocurrir en todos los momentos de su vida (...) dotadas las casas de socorro de Madrid de un médico (...) poseyendo un botiquín (...) y el personal subalterno necesario (...) hoy es conducido a la casa de socorro un mendigo lleno de harapos, y los mismos auxilios recibe que el encofetado aristócrata que ayer entrara por un accidente análogo (...) las casas de socorro son, como se ve, unos establecimientos de socorros mutuos de que forman parte todas las clases sociales; son unas sociedades universales de seguros contra accidentes, en las cuales tienen todas ingreso mediante una prima insignificante, y, aún, si se quiere gratuitamente (...). El origen y organización de las casas de socorro de Madrid es muy reciente, data de 1858. Reconocida por todos en aquella época la insuficiencia y los vicios radicalísimos de que adolecía la beneficencia de Madrid a cargo de las Juntas de Parroquia» (Leandro RUBIO. *Almanaque político y literario de La Iberia para 1862*. Madrid: Imprenta y Redacción de La Iberia, 1862; la referencia en págs. 212-216).

Otros Reglamentos para la regulación del funcionamiento de las casas de socorro se publican posteriormente, como el de Sevilla de 1870, o el de Burgos de 1893.

*Reglamento para la asistencia de los pobres y organización de los partidos médicos de la Península* [1868]

El último año del reinado de Isabel II, siendo Ministro de la Gobernación Luis González Brabo, se aprueba el Real Decreto de 11 marzo de 1868 (*Gaceta de Madrid*, 14-III-1868) para la publicación del Reglamento que regulaba la asistencia de los pobres y la organización de los partidos médicos de la Península.



Luis González-Bravo López de Arjona [1868]

Litografía de N. González sobre dibujo de Eusebio Zarza  
Iconografía Hispana, BNE: 3929-3

En este Reglamento se establecía que, en las poblaciones que no superasen los 4.000 vecinos, se deberían crear plazas de facultativos titulares de Medicina, Cirugía y Farmacia (art. 1), las obligaciones de estos facultativos se describían en el artículo 2 y en el adicional 3; en concreto: asistir gratuitamente a los pobres, prestar los servicios

sanitarios de interés general que les encomendase el Gobierno y sus delegados, asesorar a las administraciones en todo lo relativo a la policía sanitaria y el cuidado relacionado con el saneamiento de las poblaciones correspondientes, hasta que se aprobase el reglamento de higiene pública, previsto en el artículo 98 de la Ley de sanidad. El artículo 3 regulaba la 'hospitalidad domiciliaria' en las capitales de provincia y en las poblaciones de mas de 4.000 vecinos, que consistía en el socorro a los pobres y en general para el mejor servicio sanitario. En el artículo 11 se fijaba la remuneración de los facultativos, proporcional al número de pobres de la localidad, teniendo en cuenta una división de los partidos desde primera a cuarta categoría: en los partidos de primera, con 1 a 300 familias de pobres, correspondía una asignación de 400 a 800 escudos; en los de segunda, con 1 a 200 familias, la asignación debía ser de 300 a 600 escudos, etc.; estos importes debían consignarse en los presupuestos de los Ayuntamientos.

El Reglamento también recogía, en su artículo 13, que los facultativos titulares contratados por los Ayuntamientos quedaban en libertad para celebrar contratos particulares con los demás vecinos, para prestarles la asistencia sanitaria correspondiente, en estos contratos los Ayuntamientos no podían intervenir.

*Decreto de 1868, por el que se suprimen las Juntas de beneficencia*

El 17 de diciembre de 1868 (*Gaceta de Madrid*, 18-XII-1868) se aprueba un Decreto firmado por el Ministro de la Gobernación, Práxedes Mateo Sagasta, liberal y progresista, mediante el cual se suprimen las Juntas de beneficencia, provinciales y municipales, pasando sus competencias a las Diputaciones provinciales y a los Ayuntamientos, respectivamente. Un mes antes, mediante Decreto de 18 de noviembre (*Gaceta de Madrid*, 20-IX-1868), las Juntas provinciales y municipales de sanidad se habían suprimido, convirtiéndose en secciones consultivas de las respectivas administraciones locales, adscritas a los Gobiernos civiles y a los Ayuntamientos respectivos, y el Real Consejo de Sanidad se transforma en la Junta Superior Consultiva de Sanidad, reduciendo la dotación del personal.

### 1.1.3. La sanidad asistencial privada y su previsión: entidades de seguros mutuos y sociedades de socorros mutuos

Durante la primera mitad del XIX la previsión de la asistencia sanitaria se efectuaba de forma privada, bien a través del ahorro individual<sup>68</sup> o bien a través de entidades de aseguramiento colectivo, mientras que la sanidad pública sólo prestaba

<sup>68</sup> El ahorro individual es denominado 'previsión de primer grado', frente al seguro o 'previsión de segundo grado'. El origen de las Cajas de Ahorro en España se sitúa en el comienzo del siglo XIX, cuando la Corte encarga a los Gobernadores civiles la labor de fomentar su instalación en las provincias; para favorecer esta instalación, la Sociedad Económica Matritense ofreció, en 1834, un premio al que mejor desempeñara este objeto.

Es en Jerez de la Frontera donde se instala la primera Caja de Ahorros de España: *La sociedad económica* de Francisco Nard, establecida el 28 de noviembre de 1838 (*Gaceta de Madrid*, 31-X-1938). La Real Orden del Ministro del Interior, Diego Medrano, fechada el 3 de abril de 1835 (*Gaceta de Madrid*, 5-IV-1935), decía que «Ya el conde de Villacreces, en Jerez de la Frontera, ha establecido una Caja de ahorros donde pueden hacerse imposiciones desde 4 rs. vn., hasta 20, no excediendo de 200 las de una misma persona; donde a cada acreedor se le entregará un librete en que consten las imposiciones y reembolsos; donde se abonará un 4 por 100 anual quince días después de hecha la imposición, capitalizándolo todos los años». En la misma Real Orden, el ministro Diego Medrano, expone que es al Estado a quien corresponde realizar esa labor social, capitalizando y garantizando los ahorros del pobre, aunque, «desgraciadamente no es posible plantear desde luego entre nosotros las cajas de ahorros del mismo modo que se hayan establecidas en otros países, donde tantos bienes sociales produce: llegará un día en que restablecido enteramente el crédito del Estado sean los fondos públicos el asilo seguro y ventajoso de los ahorros del pobre; pero mientras renace la confianza, mientras se cicatrizan las llagas, que tantas causas diversas han abierto a este cuerpo político, hay que esperar lo todo del espíritu de filantropía que anime a los ricos, y del zelo de las autoridades en cuyas manos está depositada la administración de los pueblos».

La Caja de Ahorros de Madrid se crea por el Real Decreto de 25 de octubre de 1838, «es un establecimiento de beneficencia destinado exclusivamente a recibir y hacer productivas las economías de las personas laboriosas. Las operaciones de la Caja de Ahorros de esta Corte están limitadas a recibir cantidades que en ella se depositan semanalmente y pasarlas en el acto al Monte de Piedad, a fin de que éste pueda hacerlas productivas en los objetos de su instituto; abonando a la Caja el interés anual de 5 por 100, y devolviéndola los capitales siempre que ésta se los exija. La dirección y administración de la Caja de Ahorros está a cargo de una junta presidida por el gobernador de la provincia (...) las sumas impuestas ganan el 4 por 100 al año (...). La diferencia del 1 por 100 entre el 5 que abona el Monte a la Caja y el 4 que ésta abona a los interesados en ella, queda retenido y destinado por ahora a atender a los gastos indispensables de la contabilidad y a formar un fondo de reserva para los imprevistos (...) la Caja de Ahorros está situada en la plazuela de las Descalzas, casa del Monte de Piedad» (Ramón MESONERO ROMANOS. *Nuevo manual histórico-topográfico-estadístico y descripción de Madrid*. Madrid: Imprenta de la Viuda de D. Antonio Yenes, 1845; la cita en págs. 532-533).

El objeto de la creación de las Cajas se puede extraer de una noticia nacional, publicada en la *Gaceta de Madrid*, el 16 de febrero de 1839: «Las cajas de ahorro se dirigen a prevenir o evitar la miseria, a inspirar por medio de la economía el amor al trabajo y a las buenas costumbres (...). Preciso es convenir que no es siempre falta del pobre el no llegar a realizar economías. Si guarda en su bolsillo las miserables cantidades que pueda llegar a reunir, es muy difícil, por no decir imposible, que resista a la difícil tentación de gastarlos para proporcionarse alguno de los placeres favoritos (...). Las cajas de ahorros previenen todos estos inconvenientes. Los fondos depositados en ellas desde la mínima cantidad de una peseta cada semana, devengan unos intereses regulares, y pueden ser retirados a voluntad por sus dueños (...). Tal es el nuevo y halagüeño porvenir que mira abierto al pobre jornalero. Dos pesetas puestas cada mes en la caja de ahorros capitalizados con el interés durante cuarenta años, le aseguran sin un sacrificio sensible un patrimonio de 120 reales, fruto de sus sudores. Tres son las clases de personas a quienes más principalmente se dirige este establecimiento, a saber: los criados, los artesanos, los labradores y las gentes del campo». Noticia sobre las Cajas de Ahorros y de la establecida en Madrid por RD de 25 de octubre de 1838 (*Gaceta de Madrid*, 16-II-1839). Estas Cajas, generalmente, sostenían los Montes de Piedad y los capitales obtenidos se redistribuían en las regiones de su influencia.

asistencia a los enfermos infecciosos y a los enfermos pobres. Este aseguramiento, dependiendo de las entidades que lo proporcionaban tuvieran o no ánimo de lucro, podían subdividirse, respectivamente, en 'entidades de seguros mutuos' o en 'sociedades de socorros mutuo'. El seguro deriva de la asociación mutua, como resume Oswald Stein: «L'assurance est mutualité, ou elle n'est pas assurance»<sup>69</sup>, pero su alcance poblacional era muy limitado, entre otras razones porque carecía de la adecuada dotación material y humana, como describe Isabel Carrasco:

«Como la asistencia sanitaria en caso de enfermedad común no estaba protegida con carácter público, salvo para los económicamente débiles, surgen las entidades de seguros mutuos sanitarios, que nunca llegaron a comprender a un estrato muy amplio de la población, (...) y carecer de la adecuada estructura; tanto con respecto a hospitales como de médicos especialistas»<sup>70</sup>.

La principal causa que motivaba ese limitado alcance era la insuficiencia de recursos económicos, pues las cuotas de los socios no podían ser muy elevadas en una sociedad con una economía débil, esto provocaba una reducida estructura (instalaciones y personal sanitario), a lo que se añadía la exclusión de sectores de población con una previsible mayor demanda de asistencia (determinados obreros, campesinos y ancianos). Sin embargo, las sociedades de socorros mutuos tenían un alcance algo mayor.

### *Las cofradías*

Para algunos autores, las antecesoras de las sociedades de socorros mutuos son las cofradías y, en concreto, las cofradías o hermandades gremiales, nacidas en España en la Edad Media; pues las cofradías religioso-benéficas, sociales o generales cubrían pocos riesgos si se comparan con las cofradías gremiales o profesionales que atendían muchos más. Considerando la etimología de la palabra, 'cofradía' significa 'confraternitas', 'reunión de hermanos', que tiene como base y fundamento el principio de asociación; su origen puede remontarse a la Antigüedad, pues entre los romanos ya se conocían algunos colegios o corporaciones de ciudadanos que se formaban por 'causa de la religión'. Una vez propagado el cristianismo, la cofradía se crea como una institución cristiana, basada en el espíritu evangélico de caridad: «*nam frater, qui iuvatur a frater, est quasi civitas firma*» (El hermano que es ayudado por su hermano, es como una ciudad amurallada):

<sup>69</sup> Oswald STEIN. *Le droit international des assurances*. Coulommiers: Paul Brodard, 1929 (cf. pág. 18).

<sup>70</sup> Isabel CARRASCO. "Evolución del sistema sanitario español". En: Fernando Lamata. *Manual de Administración y Gestión Sanitaria*: 141-153. Madrid: Díaz de Santos, 1998 (cf. pág. 147).

(*Proverbios* 18:19), sus asociados se auxilian con oraciones y socorros pecuniarios, para obtener el fin de la salvación. Aunque es muy difícil determinar el momento concreto de su nacimiento, se tiene evidencia de que existieron antes del siglo VIII, pero es a partir del Concilio de Montpellier, celebrado en 1214, cuando se regula su aprobación eclesiástica: es la autoridad eclesiástica quien debía efectuar la aprobación de cada nueva cofradía, siempre con el visto bueno de la autoridad civil<sup>71</sup>.

Antonio Romeo de Armas sitúa la cofradía religioso-benéfica mas antigua que se conoce en España en la duodécima centuria; se trata de la Cofradía de Santa Cristina de Tudela, en sus estatutos se indicaba que los cofrades, además de cumplir con determinados ritos religiosos, se debían auxiliar en situaciones de necesidad, en concreto, en las situaciones de enfermedad: «si fuese pobre, se le atenderá durante la enfermedad con los medios de la cofradía, y con éstos será enterrado si muriese»<sup>72</sup>. En esta asociación, la atención solo se producía cuando el cofrade era pobre, no en los demás casos y, debe destacarse, que esta asistencia no estaba previamente definida, pues dependía de los medios de los que dispusiera en ese momento la Cofradía.

Entre los siglos XIII al XV se considera que las cofradías vivieron su mayor apogeo en Occidente, se van multiplicando a la vez que las órdenes mendicantes con las que se unen. Dionisio Borobio indica que uno de los principales motivos de esta expansión se debe a que la sociedad aún no estaba organizada para que el Estado prestara ayuda a los individuos en caso de necesidad, sin embargo, paradójicamente, la mayor parte de las personas eran incapaces de atender esas contingencias de manera individualizada:

«Así surgen aquí y allá órdenes terceras, Cofradías, archicofradías, pías uniones, sodalicios, congregaciones y Hermandades, junto con gremios. Y ello es debido en gran medida a que el hombre sólo se encuentra “perdido” en la sociedad medieval, ya que se halla sin ayuda ni apoyo en caso de dificultad (...). La vida no se organiza tanto desde arriba o desde el Estado, sino más bien desde abajo, según necesidades, y movidos por los que dominan la sociedad»<sup>73</sup>.

---

<sup>71</sup> Lorenzo ARRAZOLA. *Enciclopedia Española de Derecho y Administración*. IX. Madrid: Imprenta de la Revista de Legislación y Jurisprudencia, 1856 (cf. págs. 443-447).

<sup>72</sup> Antonio ROMEU DE ARMAS. *Historia de la previsión social en España*. Barcelona: El Albir, 1981 (cf. pág. 152).

<sup>73</sup> Dionisio BOROBIO GARCÍA. *Hermandades y cofradías entre pasado y futuro*. Barcelona: Centro de Pastoral Litúrgica, 2003 (cf. pág. 19).

Por ello, en la Edad Media, las asociaciones se multiplican de forma intensa, aunque con distintos fines. Este mismo autor, Dionisio Borobio, las clasifica de la forma siguiente<sup>74</sup>:

- Cofradías con fines piadosos.
- Cofradías de apoyo económico.
- Cofradías de caridad hacia el prójimo.
- Cofradías sociales.
- Cofradías de penitencia.
- Cofradías por la paz.
- Cofradías para la defensa de la fe.
- Cofradías gremiales o profesionales.

De las anteriores cofradías, las gremiales constituyen las de mayor número, sus actividades eran, además de religiosas y sociales, profesionales; sus asociados se ayudaban tanto en lo religioso como en lo material, utilizando para ello las cuotas que debían ingresar en la cofradía.

Los gremios se habían formado a partir de la asociación corporativa de artesanos y comerciantes para controlar su ámbito profesional y laboral, con el fin de 'repartirse el mercado'. Por ello, las cofradías gremiales, además de los fines expuestos para las cofradías en general, tenían otros profesionales; como apunta María Jesús Sanz Serrano, su actividad se entremezclaba con la del gremio, al que pertenecían los asociados:

«Al estar agrupados todos los dedicados a una misma profesión, los problemas profesionales que les surgiesen se trataban también en las reuniones de las cofradías. Así pues, las cofradías gremiales (...), se encontraron siempre muy entremezcladas con el gremio. Si, además, a esto añadimos que las autoridades del gremio y de la cofradía eran casi las mismas (...) aunque unas tuviesen su actividad centrada en el gremio y otras en la hermandad, nos daremos cuenta de qué manera ambas asociaciones –gremio y cofradía– entrecruzaban continuamente sus intereses»<sup>75</sup>.

Esta derivación en el tiempo, desde el gremio hacia la cofradía gremial, también la apunta Damián González Arce, al entender que la celebración de los cabildos gremiales<sup>76</sup> en dependencias religiosas favoreció la aparición de las cofradías gremiales:

---

<sup>74</sup> Dionisio BOROBIO GARCÍA. *Op. cit. ut supra*, pág. 21.

<sup>75</sup> M<sup>a</sup> Jesús SANZ SERRANO. *Una hermandad gremial: San Eloy de los Plateros 1341-1914*. Sevilla: Universidad de Sevilla, 1996 (cf. pág. 56).

<sup>76</sup> Los cabildos eran las reuniones o asambleas de los miembros de pleno derecho de la asociación.

«La celebración de los cabildos gremiales en dependencias religiosas estuvo relacionada con la aparición de las cofradías de exclusivo carácter gremial. Aunque no es posible establecer que resultase totalmente determinante, debido a la tardía aparición de las mismas. Sin embargo, siempre que nos encontremos con una cofradía, el lugar de la celebración de los cabildos gremiales coincidirá con la institución religiosa en la que se encuadró ésta. Sin que ello deba implicar que la formación de los gremios se diera a partir de la cofradía preexistente, sino mas bien al contrario, siendo el primero en el tiempo el gremio, como corporación laboral, que la cofradía gremial, de finalidad asistencial»<sup>77</sup>.

Antonio Romeu de Armas sitúa la aparición de las cofradías gremiales en España a finales del siglo XII y principios del XIII (Cambiadores de Santiago, Mercaderes de Atienza, Tenderos de Soria, etc.), en sus estatutos recogían la asistencia a los cofrades pobres del gremio, en caso de enfermedad, pero de forma graciable. La asistencia podía consistir en una atención dineraria, en una atención en los hospitales de la cofradía, e incluso, en un préstamo que el cofrade debía devolver ‘al sanar’<sup>78</sup>.

El apogeo de estas cofradías se produjo en el siglo XVII –a su término, había establecidas unas 20.000 en España<sup>79</sup>- y su declive comienza en la época de la Ilustración, cuando se pretende limitar el poder de la Iglesia al defender el dominio de la razón y la actitud crítica del ser humano; en definitiva, se trata de someter a las normas del Estado la actividad de los diferentes sectores. Es por lo tanto durante el siglo XVIII, cuando se materializa la crítica ilustrada; en esta corriente también participan algunos obispos, por las supuestas ‘desviaciones profanas’. Aunque, realmente, la limitación de las funciones de las cofradías estará motivada, principalmente, por las medidas aprobadas entre 1762 y 1783 por el Consejo de Castilla<sup>80</sup>. Desde 1766, el conde de Aranda, presidente del Consejo de Castilla, apoyado por los fiscales Campomanes y Floridablanca<sup>81</sup>, decidieron la extinción de las cofradías que no tuvieran una doble

---

<sup>77</sup> José Damián GONZÁLEZ ARCE. *Gremios, producción artesanal y mercado: Murcia, siglos XIV y XV*. Murcia: Universidad de Murcia, 2000 (cf. pág. 46).

<sup>78</sup> Antonio ROMEU DE ARMAS. *Historia de la previsión social en España*. Barcelona: El Albir, 1981 (cf. pág. 154).

<sup>79</sup> Isidoro VILLALOBOS RACIONERO. “Cofradías y vida cofradiera en Villarrubia de los Ojos durante la Edad Moderna”. *Cuadernos de Estudios Manchegos*, 32: 79-115. Ciudad Real, 2008 (cf. pág. 85).

<sup>80</sup> Jesús María USUNÁRIZ GARAYOA. “Cultura y mentalidades”. En: Alfredo Floristán Imízcoz (coord.). *Historia de España en la Edad Moderna*: 103-131. Barcelona: Ariel, 2004 (cf. pág. 117).

<sup>81</sup> Isidoro VILLALOBOS RACIONERO. “Cofradías y vida cofradiera en Villarrubia de los Ojos durante la Edad Moderna”. *Cuadernos de Estudios Manchegos*, 32: 79-115. Ciudad Real, 2008 (cf. pág. 111).



autorización para su funcionamiento, autoridad real y eclesiástica<sup>82</sup>. Se puede decir que las cofradías gremiales apenas ya existían al final del siglo XIX.

### *Las hermandades de socorro*

A partir del siglo XVI, a la vez que subsisten las cofradías, nacen las hermandades de socorro, verdaderas antecesoras de las sociedades de socorros mutuos, a las que Antonio Romeu de Armas califica ya de auténticas sociedades de socorro. La característica diferenciadora más importante respecto a las cofradías es que la asistencia prestada por las hermandades de socorro a sus asociados es 'no benéfica' o 'no graciable', surge de un derecho ya determinado en sus Ordenanzas, a diferencia de las cofradías gremiales en que la asistencia a los socios era mas o menos graciable, pues los miembros con menos recursos recibían la 'caridad' de la cofradía, basada en su matiz religioso, y a partir de los pequeños recursos de estas asociaciones, al depender de unas cuotas, en general muy bajas, de los cofrades<sup>83</sup>.

Las Ordenanzas de las hermandades establecían los riesgos a cubrir a partir de las cuotas de los socios, que con carácter general se pagaban de forma mensual, y que habitualmente atendían la enfermedad, la invalidez y la muerte. El número de socios podía variar, desde uno ilimitado, en las denominadas hermandades 'abiertas', a otro limitado, establecido en las 'cerradas'; en este caso solo se podía ingresar a partir de la baja de alguno de los miembros<sup>84</sup>. Aunque todas las hermandades seleccionaban a los socios, esta selección podía basarse solo en aspectos generales, o bien podían tener en cuenta aspectos profesionales, en este caso, sólo podían concurrir las personas que desarrollasen determinado oficio o profesión, en éstas las prestaciones solían ser mas cuantiosas que en las hermandades de carácter general.

El socorro por enfermedad solía concretarse en una cantidad dineraria establecida en las Ordenanzas de la hermandad; como ejemplo de una hermandad general, puede hacerse referencia a las Ordenanzas de la Hermandad de Socorros de la Gloriosa Santa

---

<sup>82</sup> «Se trata de la Real Resolución publicada el 17 de marzo de 1784. Esta R.R se incluyó en la *Novísima recopilación*, Ley VI. Tít. XII, Lib. I» (Isidoro VILLALOBOS RACIONERO. *Op. cit. ut supra*, pág. 115).

<sup>83</sup> Antonio ROMEU DE ARMAS. *Historia de la previsión social en España*. Barcelona: El Albir, 1981 (cf. pág. 159).

<sup>84</sup> Antonio ROMEU DE ARMAS. *Op. cit ut supra*, pág. 160.

Ana<sup>85</sup>, fechadas en 1829, cuya ordenanza X establecía el reconocimiento de diez reales de vellón por cada día de enfermedad, hasta un máximo de cuarenta días; para pagar al cirujano se asignaban cinco reales de vellón, aunque para determinadas enfermedades que cursaban sin 'calentura' la asistencia era de menor cuantía. Sólo se tenía derecho a una nueva asistencia de otros cuarenta días si previamente habían transcurrido, al menos, cuarenta días sin asistencia. El pago lo realizaban los celadores de la hermandad, quienes al mismo tiempo controlaban la situación de necesidad, para evitar fraudes. En caso de fallecimiento, se indemnizaba con el importe que restase de la prestación reconocida por enfermedad y se añadía un auxilio dinerario por defunción, que consistía en cien reales para los gastos de sepelio, al que se sumaban otros específicamente religiosos, como hábito del santo, misas, etc. Este auxilio se extendía a familiares del asociado, aunque con cuantías más bajas.

Como ejemplo de una hermandad de socorro gremial o profesional se puede hacer referencia a la de la devoción de San Juan Bautista, del gremio de carpinteros de Ribera (Barcelona)<sup>86</sup>, que se componía de individuos de este gremio «sin que pueda entrar ninguna persona que no lo sea». El artículo 21 de sus Ordenanzas aprobadas en 1849 describía la atención por enfermedad: «todos los individuos serán socorridos en sus enfermedades y dolencias», e indicaba que la prestación consistía, con carácter general, en una indemnización de diez reales de vellón por día, hasta un máximo de tres meses, cuando necesitase visita médica, y de ocho reales cuando necesitase cirugía; la visita podía ser en el hospital, conservando el mismo derecho.

En el siglo XVIII las hermandades de socorro tuvieron un enorme desarrollo, Antonio Romeu de Armas describe alrededor de cien, solo en Madrid. Predominaron las de carácter general sobre las gremiales, debido a las dificultades legales a las que fueron sometidas estas últimas. A éstas se sumaban las hermandades de socorro de mujeres, que contenían un seguro de maternidad y sus enfermedades derivadas, al que se añadía un seguro de enfermedad y muerte; con esta especificidad se crearon en Madrid unas

---

<sup>85</sup> HERMANDAD DE SOCORROS DE LA GLORIOSA SANTA ANA. *Ordenanzas de la Hermandad de Socorros de la Gloriosa Santa Ana. Convento de religiosos calzados de la Santísima Trinidad*. Madrid: Imprenta de don Norberto Llorenci, 1829 (cf. pág. 12).

<sup>86</sup> HERMANDAD DE SOCORROS DE LA D. DE S. JUAN BAUTISTA. *Ordenanzas para el Régimen de la Hermandad de Socorros de la D. de S. Juan Bautista*. Barcelona: Imprenta de Oliveres Hermanos, 1849 (cf. pág. 12).

diez, entre 1738 y 1800<sup>87</sup>. Hay que destacar, también, la existencia de hermandades de profesiones liberales que, en el siglo XVIII, se transformarían en verdaderos Colegios profesionales, como la de los abogados de Madrid<sup>88</sup>, la de los cirujanos de León<sup>89</sup> o la de los boticarios de Madrid<sup>90</sup>.

En la tabla I se detalla la evolución de las cofradías gremiales y de las hermandades de socorro, y la diferencia en la asistencia prestada por ambas:

Tabla I. EVOLUCIÓN DE LAS COFRADÍAS GREMIALES Y HERMANDADES DE SOCORRO		
ÉPOCA	SITUACIÓN	ASISTENCIA PRESTADA
Siglo XII al XIII	Nacimiento de las <i>cofradías gremiales</i> en España	Asistencia graciable
Siglo XIII al XV	Momento de mayor apogeo de las <i>cofradías</i> en Occidente	
Siglo XVI	Nacimiento de las <i>hermandades de socorro</i>	Asistencia no graciable
Siglo XVII	Máximo apogeo de las <i>cofradías gremiales</i> en España	
Siglo XVIII	Comienzo del declive de las <i>cofradías gremiales</i> Máximo desarrollo de las <i>hermandades de socorro</i> , al final del siglo inician su declive	
Siglo XIX	Las cofradías gremiales existen de forma residual	

### *Las iguales gremiales*

A las asociaciones, cofradías gremiales y hermandades de socorro, se unían las iguales gremiales para la asistencia médico farmacéutica, como la de Nuestra Señora de los Remedios de la parroquia de San Ginés de Madrid, con médicos y farmacéuticos

<sup>87</sup> INSTITUTO SALAZAR Y CASTRO. *Estudios a la Convención del Instituto Internacional de Genealogía y Heráldica con motivo de su XXV aniversario (1953-1978)*. Madrid: Publicaciones del Instituto Internacional de Genealogía y Heráldica, 1979 (cf. pág. 105).

<sup>88</sup> Fernando SUÁREZ BILBAO. *Génesis de una institución colegial. La congregación y colegio de abogados de la corte de Madrid (1596-1732)*. Madrid: Dykinson, 2005; Modesto BARCIA LAGO. *Abogacía y ciudadanía*. Madrid: Dykinson, 2007 (cf. pág. 355).

<sup>89</sup> Juan Antonio GISBERT CALABUIG, Enrique VILLANUEVA CAÑADAS. 2004. *Medicina Legal y Toxicológica*. Madrid: Elsevier Masson, 2004 (cf. pág. 137).

<sup>90</sup> Antonio GONZÁLEZ BUENO. "Ciencia, trabajo y piedad: el quehacer farmacéutico en la España de la primera mitad del XVIII". *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia*, 77(3): 76-119. Madrid, 2011.

propios para atender al gremio de zapateros, y que añadía a la prestación médico farmacéutica, un salario semanal<sup>91</sup>.

*De las cofradías y hermandades de socorros a los montepíos, sociedades de socorros mutuos y mutualidades*

A finales del siglo XVIII se producen diversas causas que motivan el inicio del declive de las cofradías y hermandades de socorro, para dar paso a los montepíos, que mantendrían fundamentalmente el carácter de mutualidad de previsión, desprendiéndose del carácter de hermandad o cofradía; aunque, generalmente, seguían invocando a algún santo, sus actividades religiosas eran muy residuales y muy poco el dinero destinado a ellas. Entre las causas que favorecen dicho declive, se pueden resumir las siguientes:

- La persecución contra las cofradías, que se materializó en el memorial, sobre arreglo y extinción de las cofradías, del conde Aranda al Consejo de Castilla de 1773, en donde se planteaba la aplicación de las rentas de las hermandades disueltas a hospitales, hospicios y otras obras de caridad carentes de medios suficientes<sup>92</sup>.

- La oposición de los ilustrados al inmovilismo gremial, defendiendo las reformas que, en pocos años, provocarían la desaparición de los gremios. Pedro Rodríguez de Campomanes solicitará la extinción de los gremios en el comercio, aunque reconocía su utilidad en la artesanía como medio de aprendizaje y de organización de las profesiones; más tajante se muestra Gaspar Melchor de Jovellanos, quien defenderá su desaparición al anteponer la plena libertad profesional<sup>93</sup>; en opinión de Jesús A. Martínez, la desaparición de los gremios daría paso a «una economía de mercado con nuevas reglas de juego»<sup>94</sup>.

---

<sup>91</sup> Antonio ROMEU DE ARMAS. *Historia de la previsión social en España*. Barcelona: El Albir, 1981 (cf. pág. 136-137).

<sup>92</sup> INSTITUTO SALAZAR Y CASTRO. *Estudios a la Convención del Instituto Internacional de Genealogía y Heráldica con motivo de su XXV aniversario (1953-1978)*. Madrid: Publicaciones del Instituto Internacional de Genealogía y Heráldica, 1979 (cf. pág. 113).

<sup>93</sup> Gaspar Melchor de JOVELLANOS. *Biblioteca de autores españoles: Obras de Don Gaspar Melchor de Jovellanos*. Madrid: Ediciones Rivadeneyra, 1859 (cf. págs. 37-38).

<sup>94</sup> Jesús A. MARTÍNEZ. *Historia de la edición en España, 1836-1936*. Madrid: Marcial Pons, 2001 (cf. pág. 39).

### *Los montepíos*

Al suprimirse las cofradías y hermandades muchos de los colectivos asociados quedaron en una situación de desprotección; por ello comienzan a fundarse nuevas asociaciones, como los montepíos. Fundamentalmente nacen para el auxilio mutuo en caso de enfermedad e invalidez de sus asociados y para el socorro de sus viudas y huérfanos. Como evitaban o reducían los fines religiosos o espirituales que tenían las cofradías gremiales y las hermandades de socorro, solo estaban sometidos a la autorización y control del jefe político de la provincia, dado su ámbito generalmente local.

Los tres primeros montepíos se establecieron por Carlos III «con considerables auxilios del Rey»<sup>95</sup>, para «las viudas y huérfanos de los cuerpos de la Milicia, y de Gobierno y Justicia de mis Consejos y Tribunales (...) otro con respecto a las secretarías de los mismos Consejos y demás oficinas de cuenta y razón que tenía destinadas para el gobierno y administración de mi Real Hacienda, con la distinción, y bajo las reglas que prescribió en 27 de abril de 1764»<sup>96</sup>. La primera iniciativa se produce en 1755, cuando el marqués de la Mina propuso la creación de un montepío militar para el socorro de viudas y huérfanos, como ya se había establecido en Nápoles<sup>97</sup>, aunque fue en 1761, a iniciativa del marqués de Esquilache, cuando se aprobó el reglamento que instauró el primer montepío militar; el reglamento de las demás carreras se aprobó tres años mas tarde, en 1764<sup>98</sup>. La financiación de estos montepíos se efectuaba mediante aportaciones de los socios y del Estado. El conde de Floridablanca se refirió a la intensa actividad de estos montepíos oficiales, durante el desempeño de su cargo de Secretario de Estado y del despacho de Carlos III:

«Se han socorrido y continúan socorriendo algunos millares de personas distinguidas, honradas y vergonzosas, a quienes acosa la necesidad y oculta la decencia; mujeres y viudas de militares, de ministros y otros empleados; hijos menores e hijas huérfanas y desamparadas, caballeros pobres con hijos y mujeres; labradores, fabricantes, comerciantes y artesanos, hallan todos los días

---

<sup>95</sup> Manuel DANVILA Y COLLADO. *Reinado de Carlos III*. México DF: El Progreso Editorial. 2 vols. (cf. vol. 2: 348).

<sup>96</sup> MONTEPÍO DE REALES OFICINAS. *Nuevo Reglamento que S.M se ha servido expedir para el gobierno del Montepío de Reales Oficinas*. Madrid: Imprenta de la Viuda de Ibarra, 1797 (cf. págs. 1-2).

<sup>97</sup> Manuel GÓMEZ RUIZ, Vicente ALONSO JUANOLA. *El ejército de los Borbones: Reinado de Fernando VI y Carlos III (1746-1788)*. Madrid: Servicio Histórico Militar, 1989 (cf. pág. 487).

<sup>98</sup> Antonio FERRER DEL RÍO. *Historia del reinado de Carlos III en España*. Madrid: Imprenta de los señores Matute y Compagni, 1856. 4 vols. (cf. vol. 2: 9).

recursos y socorros en los fondos de arbitrios píos que V. M. ha puesto a mi cuidado»<sup>99</sup>.

La atención a los militares enfermos o inválidos se realizaba con los medios disponibles por el Ejército. Esta atención se regulaba en las Ordenanzas para la reorganización del ejército de 1768, a través de cirujanos y hospitales propios, y mediante los importes obtenidos de los descuentos efectuados en las retribuciones mensuales de los militares, en concepto de 'descuento de inválidos'<sup>100</sup>. Dentro de estos montepíos oficiales figura el de Reales Oficinas, creado el 27 de abril de 1764 y modificado su reglamento el 26 de julio de 1797<sup>101</sup>; con este nuevo reglamento se ampliaba el campo de aplicación del montepío: las pensiones estaban destinadas a las viudas y huérfanos, su importe dependía de los puestos de trabajo en el momento del fallecimiento del causante y de sus retribuciones, el pago se efectuaba cada cuatro meses, unas vez intervenido por el secretario-contador: la fuente de financiación era doble, a través de los descuentos de los asociados, proporcionales a sus retribuciones, y a través de fondos públicos, regulados en el capítulo III del reglamento, titulado, «de los fondos del Monte», el artículo IX del reglamento establecía que el importe era obtenido de «mi Real Erario para fondo de este Monte quatro mesadas de supervivencia», el XI «aplica también de mi Real Erario en beneficio de sus fondos doce maravedíes en escudo de los sueldos y asignaciones de la clase referida, del tiempo en que los empleos comprendidos en él estuvieran vacantes» y el XII «en el caso de que cotejados los cargos del Monte con los fondos de su dotación, halle la Junta que aquellos no puedan satisfacerse sin ruina del Monte, me consultará los auxilios que se puedan aplicar, para que pueda cumplirse según mi voluntad».

Otro montepío oficial fue el de los cirujanos del Ejército y catedráticos de los Reales Colegios de Cirugía, con reglamento propio aprobado el 15 de noviembre de 1798 y sancionado por la Real Instrucción del 28 de mayo de 1799; pese a su carácter estatal, en pocos años se encontró con recursos insuficientes para atender un número importante de pensiones; por ello reformaron su reglamento en los inicios del XIX, aplicable a partir de

---

<sup>99</sup> JOSÉ MOÑINO Y REDONDO. *Escrito clásico del reinado del Sr. D. Carlos III, que se cita al folio 465 del tomo noveno de la nueva edición de la "Historia general de España" del P. Mariana*. Madrid: Imprenta de los hijos de doña Catalina Piñuela, 1829 (cf. pág. 51).

<sup>100</sup> [CARLOS III]. *Ordenanzas del Ejército para su Régimen, Disciplina, Subordinación y Servicio, dadas por su Majestad Católica en 22 de octubre de 1768*. [Madrid: Imprenta Real], 1768. [Reimpresas en Caracas: Gobierno de Venezuela, 1871] (cf. pág. 28).

<sup>101</sup> MONTEPIO DE REALES OFICINAS. *Nuevo Reglamento que S.M se ha servido expedir para el gobierno del Montepío de Reales Oficinas*. Madrid: Imprenta de la Viuda de Ibarra, 1797 (cf. págs. 3-27).

1 de diciembre de 1803<sup>102</sup>. A este montepío pertenecían «todos los cirujanos de los regimientos y cuerpos de infantería, caballería, artillería, ingenieros, inválidos, hospitales militares, castillos, ciudadelas y presidios, y los agregados a Estados mayores de plazas, los retirados y dispersos(...); como también los catedráticos, sustitutos y demás empleados de los Reales colegios de Cirugía, y generalmente cuantos gocen sueldos sobre el fondo de esta facultad y se hallen destinados en los ramos de gobierno o enseñanza de la misma». A todos ellos se les efectuaba descuentos de ocho maravedís de plata de sus ingresos; las pensiones consistían en la tercera parte de los sueldos o haberes de los contribuyentes en el momento del fallecimiento, siempre que hubieran contribuido al menos veinticinco años, en caso contrario se efectuaba una rebaja en el importe de la pensión, teniendo en cuenta que el tiempo mínimo para causar pensión era de dos años; esta ‘rebaja’ estaba en proporción a los años contribuidos y, además, era la modificación mas importante de la nueva normativa pues tenían efectos retroactivos y como el montepío hacía tan solo cuatro años que se había implantado, las pensiones sufrieron una considerable reducción en dos años. Los beneficiarios de las pensiones eran las viudas, y en su defecto, los hijos hasta los veinte años de edad y las hijas hasta contraer matrimonio; en su defecto, las madres viudas, perdiendo el derecho, ambos grupos de mujeres, si contraían nuevamente matrimonio; los hijos tenían derecho a pensiones de orfandad, en caso de fallecimiento de la madre. Los pagos se efectuaban trimestralmente y eran intervenidos por el contador, quien daba cuenta de los fondos y llevaba los asientos de los movimientos.

Posteriormente a estos montepíos, fundados por iniciativa oficial, se fueron aprobando otros, organizados a partir de la iniciativa privada, financiados exclusivamente con aportaciones de los socios. Por Real Orden de 19 de diciembre de 1835 se indicaba a los jefes políticos de las provincias que fomentasen esta clase de asociaciones tomando como ejemplo las establecidas en Barcelona<sup>103</sup>. De éstos se puede citar el Montepío del Santo Escapulario de la Virgen del Carmen de Barcelona<sup>104</sup>, iniciado en 1817 y formado como máximo por doscientos socios, en el que se establecía un sueldo en caso de

---

<sup>102</sup> MONTEPIO DE LOS CIRUJANOS DEL EJÉRCITO Y CATEDRÁTICOS DE LOS REALES COLEGIOS DE CIRUGÍA. *Nuevo Real Establecimiento para Gobierno del Montepío de los cirujanos del Ejército y catedráticos de los Reales Colegios de Cirugía*. Madrid: Imprenta Real, 1803 (cf. págs. 4-32).

<sup>103</sup> Manuel SAURÍ y José MATAS. *Manual histórico-topográfico estadístico y administrativo o sea Guía general de Barcelona*. Barcelona: Imprenta y Librería de Manuel Saurí, 1854 (cf. págs. 140-141).

<sup>104</sup> [CARMELITAS]. *Ordenanzas aprobadas por SM y Real Consejo de Castilla, con la carta de Hermandad del General de los PP Carmelitas, del Monte Pío del Santo Escapulario de la Virgen del Carmen*. 1817. Barcelona: Imprenta de Viuda de Sastres e Hijos, 1817 (cf. págs. 3-8).

enfermedad de los socios, que podían ser atendidos en sus domicilios o en los hospitales, además se preveía un sueldo en caso de invalidez del asociado y, en caso de muerte, otro para las viudas o herederos.

Similar a éste, aunque organizado en 1849, tras la mencionada Real Orden de 1835, es el Montepío creado bajo la invocación del Sagrado Corazón de María de Barcelona<sup>105</sup>, por un grupo de compañeros, para auxiliarse mutuamente en sus enfermedades, bajo la autorización del alcalde corregidor de Barcelona; los socios no podían superar los doscientos y se excluían diversas actividades con mayor riesgo de enfermedad (no podían desempeñar las profesiones de albañil, picapedrero, conductor de carruajes, fundidor, peón de fábrica, trabajador de prado, ni marinero). Su objeto se concretaba en el artículo primero de sus ordenanzas: «es el socorro mutuo de sus individuos en el caso de enfermar o de quedar físicamente imposibilitados para el trabajo»; pese al nombre que convoca al montepío, la actividad religiosa se reducía a «un oficio con sermón» el primer domingo de mayo y «al día siguiente, se celebrará en el propio altar un aniversario en sufragio de las almas de los individuos del mismo Monte que hayan fallecido», en el caso de que hubiera en caja mas de cuatro mil reales líquidos, pero solo podrían disponerse para ese fin, ciento sesenta reales; y en su artículo 51 se establecían los derechos de los socios si padecieran alguna enfermedad imposibilitándoles para trabajar, «será socorrido con doce reales vellón diarios desde el día siguiente al del aviso (...) no pasando dicha enfermedad de término de noventa días», a esta cantidad se añadían otras prestaciones en caso de cirugía y en el supuesto de atención hospitalaria. Además de las prestaciones por enfermedad, el Montepío atendía la situación de invalidez y, si fallecía el socio, aportaba un subsidio a la viuda o, en su defecto, a su heredero. Al aprobar las ordenanzas, el montepío se comprometía a comunicar las variaciones y la celebración de las juntas generales para que pudieran ser presididas por el alcalde constitucional o por sus delegados.

También se crearon montepíos donde se podían asociar quienes desarrollaban una concreta profesión, Fernando Suárez Bilbao<sup>106</sup> ha efectuado un exhaustivo estudio sobre la génesis del «Montepío de viudas y pupilos de los abogados del ilustre Colegio de la Villa y Corte de Madrid»: su reglamento fue aprobado por provisión del Real y Supremo

---

<sup>105</sup> MONTEPIO DEL SAGRADO CORAZÓN DE MARÍA. *Ordenanzas para el Régimen y Gobierno del Montepío bajo la Invocación del Sagrado Corazón de María establecido en Barcelona*. Barcelona: Imprenta de Agustín Marcoball, 1849 (cf. págs. 2-5).

<sup>106</sup> FERNANDO SUÁREZ BILBAO. *Génesis de una institución colegial. La congregación y colegio de abogados de la corte de Madrid (1596-1732)*. Madrid: Dykinson, 2005 (cf. págs. 161-165).



Consejo de Castilla, el 31 de agosto de 1776, una vez subsanados los reparos planteados por José Rodríguez Campomanes; el Montepío estaba regido por la misma Junta del Colegio; el ingreso era voluntario para los colegiados en activo cuando se aprobó su constitución y obligatorio para los futuros colegiados; se debía financiar por cuotas de los colegiados, a las que se sumaban una parte del importe aportado para los aspirantes a ingresar en el Colegio, posteriormente, como las aportaciones de sus escasos miembros no podían atender todos sus fines, añadieron otras fuentes de financiación. Las prestaciones se pueden concretar en: pensiones de viudedad, pensión anual en caso enfermedad, de larga duración o crónica que imposibilitaba para ejercer la profesión y pensión en caso de pobreza; indemnización en caso de enfermedad accidental, indemnización por muerte de abogados pobres y socorro a los abogados ancianos sin trabajo, en cuantía a regular por la Junta. Los estatutos de este Montepío se reformaron para incrementar el número de miembros, mediante el Decreto de 22 de septiembre de 1785, que aprobaba una disminución de la cuantía de las pensiones, de nueve a seis reales, aunque no sería el único ajuste de las prestaciones, pues en 1790 las pensiones disminuyeron a tres reales. Dados sus escasos recursos, en 1795 el Montepío fue «tomado bajo la real protección», al empeorar sus problemas de financiación.

En 1800 se estableció el «Montepío de médicos y farmacéuticos en la Corte», excluyendo a los cirujanos<sup>107</sup>. El artículo 20 del proyecto de arreglo de partidos farmacéuticos de 1867 preveía la formación de «un Montepío farmacéutico análogo al de otras clases, con los farmacéuticos de partido cerrado y con los de partido libre que voluntariamente quieran ingresar, para el socorro de viudas y huérfanos»<sup>108</sup>.

Otro ejemplo de montepío profesional, es el de serenos, establecido en Barcelona el 4 de abril de 1847 con el fin de «socorrer a los serenos enfermos o imposibilitados por causa de su servicio activo o pasivo», financiado con «las limosnas que semanalmente recogen de los Barceloneses los mismos serenos»; la peculiaridad de este Montepío es que se contribuía de forma proporcional al número de enfermos o «imposibilitados temporalmente», todos los serenos ‘en propiedad’ debían contribuir con cuatro maravedíes diarios cada uno, por enfermo o imposibilitado temporal, y los serenos ‘suplentes’ debían aportar un real de vellón diario para uno a cuatro enfermos, y un real y

---

<sup>107</sup> Leonardo de GALLI. *Contestación al informe inserto en los números III y IV, tomo 2, páginas 97 y 145 de las décadas médico-quirúrgicas y farmacéuticas*. Madrid: Imprenta de Fuentenebro, 1822 (cf. pág. 107).

<sup>108</sup> Cf. *El Restaurador Farmacéutico*: Periódico Oficial de la Sociedad Farmacéutica de Socorros Mutuos, [1847]: 8. Madrid, 1847.

medio para cinco a ocho, y así sucesivamente, hasta un importe máximo, que correspondería a «la mitad de lo que produzca la recaudación de su barrio»<sup>109</sup>. Estas cantidades se las entregaban semanalmente «en el domingo de cada semana» al encargado «llamado Cabeza», para entregarlo al enfermo en su domicilio. Los serenos enfermos o imposibilitados temporalmente por causa de su servicio activo o pasivo y que fueran declarados «con opción al Montepío» eran sustituidos por suplentes con derecho a percibir de estos las cantidades mencionadas y, en caso contrario, «los no declarados con opción al Montepío», eran suplidos pero sin derecho a percibir cantidades del suplente. Además de las prestaciones por enfermedad e imposibilidad temporal, tenían derecho a percibir la de jubilación, por edad u otras causas, con grado diferente dependiendo de los años de servicio, méritos y circunstancias personales. También se atendía a la viuda o familia, en caso de fallecimiento del sereno, con una cantidad por una sola vez, obtenida de la suma de cuatro reales que debía aportar cada uno de los demás serenos y suplentes. En la organización y control del procedimiento intervenían el alcalde constitucional, el teniente de alcalde jefe del cuartel respectivo y el teniente de alcalde jefe de todos los serenos.

#### *Las asociaciones de socorros mutuos*

A mediados del siglo XIX comienzan a organizarse otras asociaciones de previsión, las sociedades de socorros mutuos, con ellas, «Las desgracias de los asociados se reparten (...) entre gran número de personas y en toda la extensión de la vida, lo que las hace menos sensibles »<sup>110</sup>. Para determinar cual era la extensión de la protección que efectuaban estas asociaciones, nos referiremos a media docena de ellas, de cuyos estatutos disponemos:

- La Sociedad de Socorros Mutuos de los Jurisconsultos, fundada en 1841, tenía por objeto «proporcionar medios de subsistencia a los socios, cuando se imposibiliten físicamente para el ejercicio de su profesión, y a sus viudas, hijos y padres»<sup>111</sup>. Podían

<sup>109</sup> MONTEPIO DE SERENOS. *Reglamento del Montepío de Serenos*. Barcelona: Exlibris, 1847 (cf. págs. 3-6).

<sup>110</sup> Fermín HERNÁNDEZ IGLESIAS. *La beneficencia en España*. Madrid: Establecimientos Tipográficos de Manuel Minuesa, 1876 (cf. págs. 203-205).

<sup>111</sup> SOCIEDAD DE SOCORROS MUTUOS DE LOS JURISCONSULTOS. *Estatutos de la Sociedad de Socorros Mutuos de los Jurisconsultos*. Madrid: Imprenta de D. León Amarita, 1841 (cf. págs. 1-13).

asociarse los abogados, siempre que no hubieran cumplido cuarenta años y no estuvieran enfermos, aunque no ejercieran. La inscripción se realizaba a través de acciones, ordinarias y extraordinarias, con un límite de diez por socio. Las ordinarias eran proporcionales a la edad (los menores de veintiocho años podían tomar el total de diez acciones y los mayores de treinta y nueve años solo podían adquirir tres acciones), además de éstas, se podían adquirir acciones extraordinarias por los socios que se hubiesen inscrito en la sociedad antes de los treinta y cuatro años, para completar las diez totales a las que tenían derecho como máximo. Por cada acción ordinaria había que liquidar cien reales y por cada extraordinaria una cuota proporcional a la edad, hasta 500 reales en caso de haber cumplido los treinta y nueve años. La sociedad se financiaba, fundamentalmente, por los importes de las acciones y sus dividendos. Y las prestaciones a que se daba derecho eran para los socios que se inhabilitasen para ejercer la profesión, en su defecto, a las viudas e hijos, al padre sexagenario o madre quincuagenaria de los socios fallecidos sin mujer e hijos. Para ser considerados incapacitados debían padecer alguna enfermedad o defecto que les impidiese ejercer la profesión.

- La Asociación de Socorros Mutuos de los Abogados de Cataluña se creó en 1848, cuando ya se había disuelto el montepío de abogados, establecido en 1785<sup>112</sup>. En esta nueva asociación, además de abogados, podían admitirse a los escribanos públicos, notarios, procuradores, a los hijos de los procuradores colegiados en Barcelona, a los pasantes de procurador, etc. Su objeto era el socorro de los socios imposibilitados o septuagenarios y el de sus viudas, hijos y padres. El interés de cada socio se dividía en acciones, cada acción daba derecho a dos reales de vellón diarios por beneficiario.

- La Sociedad Médica General de Socorros Mutuos establecida en 1836, donde los asociados debían ser profesores de las ciencias de curar (médicos, cirujanos, farmacéuticos), que no hubieran cumplido treinta y ocho años, y otros individuos no facultativos que hubieran hecho servicios a la profesión, con determinadas condiciones<sup>113</sup>; su fin era proporcionar medios de subsistencia a los socios cuando se imposibiliten para poder ejercer su profesión, y a las familias después de su muerte. Al ingresar, cada socio debía adquirir acciones sin superar el número establecido, dependiendo de la edad, desde diez acciones para quienes no hubiesen cumplido veintiocho años, hasta tres para los que

---

<sup>112</sup> Manuel SAURÍ, José MATAS. *Manual histórico-topográfico estadístico y administrativo o sea Guía general de Barcelona*. Barcelona: Imprenta y Librería de Manuel, 1854 (cf. págs. 143-144).

<sup>113</sup> SOCIEDAD MÉDICA GENERAL DE SOCORROS MUTUOS. *Estatutos de la Sociedad Médica General de Socorros Mutuos*. Madrid: Imprenta de D. Salvador Albert, 1841 (cf. págs. 3-15).

tuvieran cincuenta y ocho años. Las acciones se dividían en ordinarias y extraordinarias, estas últimas podían tomarlas los socios con más de treinta y ocho años. Cada acción daba derecho a dos reales diarios de pensión, para los socios que quedasen imposibilitados para ejercer su profesión, para las viudas de los socios o para los hijos legítimos de los socios que quedasen huérfanos de padre y madre, para las madres viudas o padres sexagenarios de los socios que hayan muerto son dejar mujer no hijos. La pensión de jubilación se percibía si estaban incapacitados para ejercer su profesión, por imposibilidad física o moral.

- La Sociedad Farmacéutica de Socorros Mutuos, nacida en 1845 y reformada en 1850, tenía por objeto el socorrer a los farmacéuticos de toda España que se imposibilitasen o inutilizasen por cualquier causa para el ejercicio de su profesión, a sus viudas, huérfanos y padres<sup>114</sup>. Los derechos que adquieren los asociados se establecían mediante acciones, cuyo número y valor era proporcional a la edad del socio (hasta 25 años 10 acciones por un valor de 40 reales, y hasta setenta y dos años cuatro acciones por un valor de quinientos reales). Las pensiones se adjudicaban, primero, al socio imposibilitado física o legalmente para su profesión, después a su viuda, en tercer lugar a sus huérfanos y, por último, a su padre sexagenario o madre quincuagenaria. A cada pensionista se le descontaba el dividendo correspondiente a sus acciones, de forma semestral. Los fondos de la sociedad se basaban tanto en los importes percibidos por la adquisición de acciones como en los dividendos semestrales, proporcionales al número de acciones, para atender los gastos de la sociedad durante el semestre aunque con un tope; si no se pudieran atender las pensiones, éstas se disminuirían a prorrata. Los importes de los dividendos que correspondía liquidar a los socios se publicaban, en el caso de esta

---

<sup>114</sup> SOCIEDAD FARMACÉUTICA GENERAL DE SOCORROS MUTUOS. *Estatutos de la Sociedad Farmacéutica General de Socorros Mutuos*. Madrid: Imprenta, fundición y librería de D Eusebio Aguado, 1850 (cf. págs. 4-12).

sociedad de farmacéuticos, en *El Restaurador Farmacéutico*, periódico oficial de esta sociedad de socorros mutuos<sup>115</sup>.

- La Sociedad General de Socorros Mutuos entre Profesores de Instrucción Pública, aprobada en 1840, admitía a los profesores de instrucción pública, legalmente autorizados para enseñar en la escuela, universidad o colegio<sup>116</sup>. Cada socio adquiriría acciones dependiendo de la edad: hasta 34 años, 8 acciones, a partir de 35, una acción. Dependiendo del número de acciones se liquidaban dividendos por los socios de forma periódica. Todos los socios tendrían derecho a una pensión vitalicia de un real diario por cada acción suscrita, si se inutilizase para el servicio, y a dejar a su fallecimiento la misma pensión a su viuda, hijos y padres.

- La Sociedad de Socorros Mutuos de Artífices Plateros, fundada en 1843, admitía como socios a los artífices plateros con título de colegial y a los mancebos inscritos en sus respectivos colegios que no hubieran cumplido treinta y ocho años, aunque no ejercieran la profesión<sup>117</sup>. Las acciones que podía adquirir cada socio eran como máximo de ocho, dependiendo de la edad (los menores de 26 años 8 acciones y los de 27 años 2 acciones). Los fondos principales de la sociedad se obtenían de los importes aportados en la adquisición de las acciones así como en los dividendos semestrales, repartidos para atender los gastos de la asociación. Las pensiones atenderían a los socios que se

<sup>115</sup> En noviembre de 1844 comenzó a publicarse *El Restaurador Farmacéutico: Periódico oficial de la Sociedad Farmacéutica de Socorros Mutuos, de los Colegios de Farmacéuticos de Madrid y Valladolid*. Madrid: [Imp. de D. Saturio Barbón]. Este periódico apareció con subtítulos diferentes: «Periódico oficial de la Sociedad Farmacéutica de Socorros Mutuos y del Colegio de Farmacéuticos de Madrid» (1855-1861); «Periódico oficial de la Sociedad Farmacéutica de Socorros Mutuos, del Colegio de Farmacéuticos de Madrid y de la Asociación Filantrópica Farmacéutica» (1861-1866); «Periódico oficial de la Sociedad Farmacéutica de Socorros Mutuos, del Colegio de Farmacéuticos de Madrid y Valladolid y de la Asociación Filantrópica Farmacéutica» (1866-1867); «Periódico oficial de la Sociedad Farmacéutica de Socorros Mutuos, del Colegio de Farmacéuticos de Madrid y Valladolid y dedicado al fomento de toda asociación científica o profesional de la clase farmacéutica española» (1867-1871); «Periódico oficial de la Sociedad Farmacéutica de Socorros Mutuos, del Colegio de Farmacéuticos de Madrid» (1871-1872); desde 1872 el periódico parece perder su carácter mutualista inicial, según revelan sus subtítulos: «Periódico semanal dedicado al fomento de la ilustración facultativa. Órgano oficial de la Real Academia de Ciencias Naturales y Artes» (1872); «Revista quincenal. Fundada en 1844, por Don Pedro Calvo Asensio» (1900-1917); «Revista científica-profesional. Fundada en 1844 por D. Pedro Calvo Asensio» (1917-1936). Los impresores cambian con los años; a partir de septiembre de 1872, justo en el momento en que deja de estar directamente vinculado con la actividad mutualista, cambia el lugar de publicación, que pasa a ser Barcelona. Del carácter 'mutualista' con que se inició esta publicación periódica, se han ocupado Manuel ORTIZ HERAS, David RUIZ GONZÁLEZ, Isidro SÁNCHEZ SÁNCHEZ. *Movimientos sociales y Estado en la España contemporánea*. Ciudad Real: Ediciones de la Universidad de Castilla La Mancha, 2001 (cf. pág. 156).

<sup>116</sup> SOCIEDAD GENERAL DE SOCORROS MUTUOS ENTRE PROFESORES DE INSTRUCCIÓN PÚBLICA. *Bases Constitutivas de la Sociedad General de Socorros Mutuos entre Profesores de Instrucción Pública*. 1841. Madrid: Imprenta Nacional, 1841 (cf. págs. 40-47).

<sup>117</sup> SOCIEDAD DE SOCORROS MUTUOS DE ARTÍFICES PLATEROS DEL REINO. *Estatutos de la Sociedad de Socorros Mutuos de Artífices Plateros del Reino*. Madrid: Imprenta del Colegio de Sordomudos, 1843 (cf. págs. 3-17).

imposibiliten para ejercer su profesión o hubieran cumplido 70 años y, en su defecto, a las viudas, a los hijos, y al padre sexagenario o madre quincuagenaria del socio que hubiera muerto sin dejar mujer o hijos.

Pero estas sociedades de socorros mutuos no solo se organizaban para proteger a profesionales liberales y artesanos, sino que, como indica Juan Antonio Maldonado, el ‘renacimiento’ del mutualismo, a mediados del siglo XIX, estuvo impulsado por el movimiento obrero, pues estas mutualidades se integraban, generalmente, en las asociaciones obreras:

«La desamortización y la venta de los bienes de las Hermandades, Cofradías y Montepíos, llevada a cabo por Godoy, provocaría que, en los inicios del nuevo siglo, estas Instituciones se encontraran en una situación de ruina económica. El Liberalismo, además, traería consigo la desaparición de los Gremios por Decreto de las Cortes de Cádiz de 3 de junio de 1813. La muerte del Gremio conllevó que sus cometidos previsionales desaparecieran, y, por lo tanto, las Cofradías y Hermandades gremiales, que eran un apéndice del mismo, desaparecieron, con la consiguiente desprotección de los trabajadores, que debieron acudir a “remedios alternativos” (...).

Sin embargo, el mutualismo renacerá [en el mismo siglo] pero con unos prismas y metas nuevos, al calor del movimiento obrero (...). En España hay que partir del año 1839. Ese año se publica un régimen permisivo hacia estas asociaciones»<sup>118</sup>.

Partiendo de las actuaciones del movimiento obrero del XIX, Javier Maldonado destaca que la contingencia mas demandada a proteger era el cese de actividad laboral por enfermedad:

«El movimiento obrero dio lugar a que los trabajadores constituyeran asociaciones con la finalidad de prestarse mutuo socorro ante los perjuicios que les pudieran sobrevenir, especialmente por el cese de la actividad laboral por enfermedad. Son las conocidas como Sociedades de Socorros Mutuos»<sup>119</sup>.

Javier Maldonado Molina indica la doble finalidad con la que nacían muchas de estas sociedades mutualistas; aunque en apariencia su objeto era sólo la protección de riesgos como la enfermedad, actuaban además como verdaderas asociaciones de resistencia obrera:

«No obstante, es obligado hacer referencia al carácter “sui generis” con que nació esta Sociedad de Socorros Mutuos entre obreros [Mutua de Tejedores

<sup>118</sup> Juan Antonio MALDONADO MOLINA. *Génesis y evolución de la protección social por vejez en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales / Tesorería General de la Seguridad Social, 2002 (cf. págs. 34-36).

<sup>119</sup> Francisco Javier MALDONADO MOLINA. *Las mutualidades de previsión social como entidades aseguradoras*. Granada: Editorial Comares, (cf. pág. 13).

del Algodón], siendo calificada como entidad mixta; [y] a la vez, sindicato, mutualidad de previsión y cooperativa de producción. En efecto, esta sociedad está considerada como la primera asociación obrera española; y es que (...) las sociedades obreras de resistencia, prohibidas por el Estado en un primer momento, tuvieron que organizarse con el ropaje de Sociedades de Socorros Mutuos o de Cooperativas, para atender simultáneamente a ambos fines»<sup>120</sup>.

No debemos olvidar los problemas laborales surgidos, en 1835, en la fábrica 'El Vapor' en Barcelona<sup>121</sup> o el conflicto de las 'selfactinas', provocado por la mecanización del hilado en la Barcelona de 1854<sup>122</sup>. El Gobierno, conocedor de esa doble finalidad de las asociaciones mutualistas, suspendió su legislación especial, la Orden de 28 de febrero de 1839, que se había aprobado para fomentar este tipo de asociaciones, y obligó a que su funcionamiento se ajustara a las mismas normas reguladoras que las compañías mercantiles por acciones (compañías de seguros mutuos), es decir, mediante la Ley de 28 de enero de 1848 y su Reglamento de 17 de febrero de 1848; así lo reconoce Javier Maldonado Molina:

«Como consecuencia de las medidas tomadas ante la Revolución de 1848, y especialmente por la tipificación de los delitos de asociación ilícita en el Código Penal de 1848, las asociaciones de obreros entraron cada vez más en la clandestinidad, y el mutualismo apareció nuevamente como el lugar más seguro para sobrevivir. No obstante, y como quiera que este recurso ya era muy conocido, se quiso atajar la cuestión mediante la denominada Real Orden, dando reglas para la creación de Seguros Mutuos, de 25 de agosto de 1853, en cuyo preámbulo se hacía referencia a "los funestos resultados que pueden producir a los intereses públicos y particulares la finalidad y frecuencia con que se establecen sociedades de seguros mixtos sin la conveniente autorización e inspección del Gobierno", así como que "la ignorancia y mala fe, pueden ocasionar abusos que desvirtúen el fecundo y benéfico principio de esta clase de asociaciones, esencialmente necesarias para el desarrollo de los pueblos". Para ello, lo primero que hizo fue suspender la legislación especial entonces vigente (Real Orden de 28 de febrero de 1839). Y, además, estableció que, en lo sucesivo, las Sociedades de Socorros Mutuos se constituyeran con arreglo a la Ley de 28 de enero de 1848 y Reglamento de ese año, referidos a las Compañías Mercantiles por Acciones»<sup>123</sup>.

Javier Maldonado Molina fecha en la publicación de la Real Orden de 31 de mayo de 1854, promulgada como resultado de las negociaciones que pusieron término a las

<sup>120</sup> Francisco Javier MALDONADO MOLINA. *Op. cit ut supra*, cf. págs. 13-14.

<sup>121</sup> Antoni JUTGLAR. *Historia crítica de la Burguesía en Cataluña*. Barcelona: Editorial Anthropos, 1984 (cf. pág. 135).

<sup>122</sup> Carles ENRECH MOLINA. "Género y sindicalismo en la industria textil (1836-1923)". En: Cristina Borderías Mondéjar (coord.). *Género y políticas del trabajo en la España Contemporánea, 1836-1936*: 127-162. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona / Icaria editorial, 2008 (cf. pág. 133).

<sup>123</sup> Javier MALDONADO MOLINA. *Las mutualidades de previsión social como entidades aseguradoras*. Granada: Editorial Comares, 2001 (cf. págs. 21-22).

huelgas de diversas localidades catalanas, la resurrección de las Sociedades de Socorros Mutuos; esta Real Orden creaba un Tribunal para resolver los conflictos de trabajo<sup>124</sup>.

## **1.2. La sanidad desde el reinado de Amadeo I de Saboya (1870) hasta el comienzo de la II República (1931)**

Durante el reinado de Amadeo I (1870-1873) se produjo un avance muy importante en la prevención de las enfermedades infecciosas, al implantarse en España el Instituto Nacional de la Vacuna, mediante Decreto de 24 de julio de 1871 (*Gaceta de Madrid*, 31-VII-1871), a propuesta del Ministro de Fomento Manuel Ruiz Zorrilla, masón, Gran Maestro Honorario del Supremo Consejo de España<sup>125</sup> y miembro del Partido Progresista. Este Instituto de la Vacuna tenía como objeto promover y dirigir la vacunación de todos los ciudadanos, de manera similar a los institutos existentes en los principales países europeos, actuando bajo la dependencia del Ministerio de Fomento y, de forma directa, de la Academia de Medicina. Al tratarse de una actuación del Estado dirigida a todos los ciudadanos, se debe considerar como una actividad específica de sanidad universal. El artículo 4 del Decreto autorizaba la aprobación posterior de un reglamento para recoger el detalle de sus funciones, aunque esta aprobación no se produjo hasta 1876, debido a los rápidos cambios de Gobierno que se sucedieron en estos años.

---

<sup>124</sup> Javier MALDONADO MOLINA. *Op. cit. ut supra*, cf. pág. 22.

<sup>125</sup> Ricardo SERNA. *Estudios masónicos. Cinco ensayos en torno a la Francmasonería*. Santa Cruz de Tenerife: Ediciones Idea, 2008 (cf. pág. 83).





Manuel Ruiz Zorrilla

Litografía de Julio Donon sobre dibujo de  
Bernardo Blanco Pérez  
Iconografía Hispana, BNE: 8290-1



Emilio Castelar [1872]

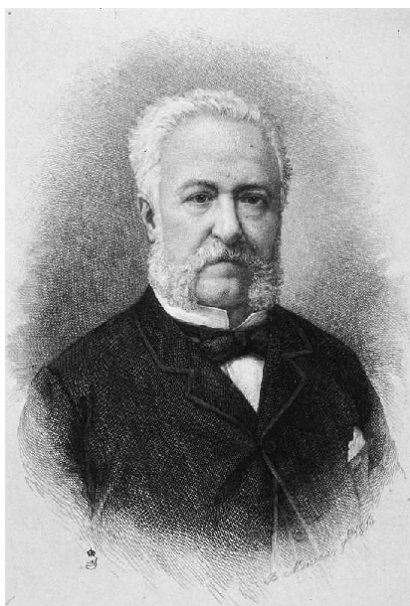
Litografía de N. González sobre dibujo de  
José Cebrián  
Iconografía Hispana, BNE: 1898-5

En la etapa siguiente, durante la primera República (1873-1874), hay que destacar, en relación con la beneficencia, la aprobación del Decreto de 30 de septiembre de 1873 (*Gaceta de Madrid*, 4-X-1873), destinado a regular el protectorado de las fundaciones particulares de beneficencia que le correspondían al Ministerio de la Gobernación. Con este Decreto, aprobado durante la presidencia de Emilio Castelar, se suprimen los Inspectores provinciales de beneficencia particular, creados el 22 de enero de 1872, y se sustituyen por Juntas provinciales y municipales de beneficencia particular, con alguna competencia más que los anteriores inspectores, pero sin remuneración asignada a sus componentes. También durante estos años se aprueba el Decreto de 24 de octubre de 1873 (*Gaceta de Madrid*, 25-X-1873), que contiene el Reglamento para la asistencia facultativa de los enfermos pobres, aunque las funciones que recoge son las mismas que ya se venían realizando, con la diferencia de que, ahora, los Ayuntamientos debían dar cuenta a los Gobiernos civiles de los nombramientos de los facultativos municipales.

Al inicio del reinado de Alfonso XII, rey de España desde 1875 hasta 1885, se aprueba una nueva Constitución, la de 1876, que recogía de la de 1845 (moderada) el concepto de soberanía compartida entre Rey y Cortes, y de la de 1869 (liberal-radical) la

declaración de derechos. Además del texto Constitucional, Antonio Cánovas del Castillo proyecta un sistema que se ha denominado ‘turnismo’<sup>126</sup> o alternancia de los dos partidos: el liberal de Práxedes Mateo Sagasta y el conservador de Antonio Cánovas. Así, los conservadores gobiernan desde 1876 hasta 1880 y los liberales desde 1881 hasta 1883 y, por último, los conservadores, desde 1884 hasta la muerte de Alfonso XII, el 25 de noviembre de 1885.

Durante el primer Gobierno conservador se elaboró el Reglamento General de Vacunación, pendiente desde 1871, siendo Director General de Beneficencia y Sanidad del Ministerio de la Gobernación, Ramón de Campoamor y Campo-Osorio. Este Reglamento se aprobó mediante la Real Orden de 14 de septiembre de 1876 (*Gaceta de Madrid*, 4-X-1876).



Ramón de Campoamor y Campo-Osorio [1893]

Aguafuerte de Bartolomé Maura Montaner  
Iconografía Hispana, BNE: 1579-3

Sin embargo, esta mejora de la política sanitaria española quedó ensombrecida, al final del reinado de Alfonso XII, por la gestión de la epidemia de cólera que se extendió especialmente por el sur y por el levante peninsular durante el verano de 1885, que

<sup>126</sup> Carmen GARCÍA GÓMEZ y Javier ORDAZ ROMAY. *Materiales para la Historia de España*. Tres Cantos (Madrid): Ediciones Akal. 2005 (cf. pág. 217).

contribuyó al desprestigio del Ministro de la Gobernación Romero Robledo, el cual se vio obligado a dimitir, contribuyendo así al desgaste del Gobierno conservador, mucho más que otros factores<sup>127</sup>. El ministro Robledo aplicó una política anticuada, basada en medidas de aislamiento y cuarentena y en actuaciones de policía de salubridad, aprobadas por Real Orden de 12 de junio de 1885 (*Gaceta de Madrid*, 14-VI-1885), donde se contenían las Instrucciones de higiene privada, redactadas de conformidad con los dictámenes de la Academia de la Medicina de Madrid y del Real Consejo de Sanidad. Estas *Instrucciones*... eran similares a las elaboradas veinte años antes, según se contenía en la Circular de 24 de junio de 1884 (*Gaceta de Madrid*, 25-VI-1884) pues incluía la Real Orden de 11 de julio de 1866. Se volvía a indicar a la población que «a pesar de los muchos remedios que algunos profesores, principalmente extranjeros, recomiendan para librarse del cólera, y a pesar de tantas prácticas más o menos absurdas con que se ha pretendido seducir al público, la Academia *no reconoce método ni remedio alguno específico para librarse de la enfermedad en cuestión*». En concreto, el ministro Romero Robledo prohibía la utilización de la vacuna de Jaime Ferrán i Clúa:

«A este respecto, el ministerio de la Gobernación envió una Circular a los gobernadores el 9 de junio de 1885 prohibiendo la inoculación del líquido profiláctico del cólera, ordenando que “se destruyan todos los preparados que se envíen a la provincia con el mismo objeto”. La Circular justificaba tal disposición por la prudencia, hasta que los centros científicos no resolviesen sobre su inocuidad»<sup>128</sup>.

Debido al elevado número de víctimas, esta prohibición dio lugar a decisiones cantonales, al margen del Gobierno central; como en el Levante, donde se acordó la aplicación masiva de la vacuna:

«En aquella época, la ciencia y los hospitales españoles se situaban muy por debajo del nivel europeo. No obstante brilla la excepción de algunos científicos.

Es el caso de un masón catalán, el bacteriólogo Jaume Ferrán i Clúa (...) centrará sus investigaciones en el cólera. Con la certeza de haber descubierto la vacuna contra la enfermedad, la probará en él mismo y en su familia.

Demostrada la eficacia, el 11 de febrero de 1885 comunica el hallazgo a la Real Academia de Medicina de Barcelona y, poco después, a la Académie de Sciences de París.

---

<sup>127</sup> Feliciano MONTERO, Javier TUSELL. *Historia de España*. Madrid: Espasa-Calpe, 1997 (cf. pág. 33).

<sup>128</sup> José M<sup>a</sup> MORO. *Las epidemias de cólera en la Asturias del siglo XIX*. Oviedo: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo, 2003 (cf. pág. 273).

Como el cólera se cobraba víctimas en Levante, las autoridades sanitarias acordaron la distribución masiva de la vacuna Ferrán. Mas de 50.000 personas se beneficiaron de la ciencia de Ferrán en Valencia, Villanueva de Castellón»<sup>129</sup>.

La prohibición puso de manifiesto el bajo nivel científico de la época por su resistencia visceral a experimentar con la vacuna<sup>130</sup>, cuando no existía ningún otro remedio efectivo, y cuando dos años antes, en 1883, Robert Koch ya había descubierto el bacilo del cólera. La elevada mortalidad también dejó patente las deficiencias del sistema sanitario y la elevada proporción de las clases sociales necesitadas.

El 2 de octubre de 1877 se aprueban las Leyes provincial y municipal (*Gaceta de Madrid*, 4-X-1877). El artículo 44 de la Ley provincial establece las competencias de las Diputaciones respecto a la beneficencia, «establecimiento y conservación de servicios que tengan por objeto la comodidad de los habitantes de las provincias (...), establecimientos de beneficencia», y el 66.2 recoge que las Comisiones provinciales actuarán como tribunales contencioso-administrativos, entre otras cuestiones, «en las referentes al cumplimiento, inteligencia, rescisión y efectos de los contratos y remates celebrados con los Ayuntamientos para toda especie de servicios y obras públicas». Mientras que la Ley municipal establece, en tres artículos, las competencias de sanidad y beneficencia: en el artículo 72 indica la competencia exclusiva de los Ayuntamientos respecto al establecimiento y creación de servicios sanitarios municipales y respecto a la limpieza, higiene y salubridad del pueblo; el artículo 73 recoge que las instituciones de beneficencia están sometidas a la acción y vigilancia de los Ayuntamientos (excepto la alta inspección que es competencia del Estado) y el artículo 84 fija que la reforma y supresión de establecimientos municipales de beneficencia necesita la aprobación del Gobernador, oída la Comisión provincial.

En relación con la previsión privada, denominada 'primaria', en 1880 se aprueba la Ley de 29 de junio (*Gaceta de Madrid*, 1-VII-1880) para fomentar los hábitos de previsión de las clases obreras, tanto de los adultos como de los jóvenes y niños<sup>131</sup>, a través de la instalación de Cajas de Ahorros y Montes de Piedad en las capitales y poblaciones importantes donde no existieran. Ambos establecimientos se consideraban por la Ley, en

---

<sup>129</sup> Gustavo VIDAL MANZANARES. *La vida y la época del fundador del PSOE y UGT: Pablo Iglesias*. Madrid: Editorial Nowtilus, 2009 (cf. pág. 140).

<sup>130</sup> Feliciano MONTERO, Javier TUSELL. *Historia de España*. Madrid: Espasa-Calpe, 1997 (cf. pág. 33).

<sup>131</sup> La Ley, en su artículo 4º, ordenaba al Gobierno la promoción de Cajas de Ahorros escolares en las escuelas e institutos de primera y segunda enseñanza; principalmente en las poblaciones donde existieran Cajas de Ahorros o hubiera medios físicos de comunicación.

su artículo 3º, como instituciones de beneficencia, y estarían bajo el protectorado del Gobierno y de sus autoridades delegadas. El principal objeto de los Montes de Piedad era auxiliar a las clases necesitadas con préstamos a módico interés, mediante garantía pretoria.

Respecto a la previsión denominada 'secundaria', durante el reinado de Alfonso XII, se aprueba la Ley de 24 de junio de 1885 (*Gaceta de Madrid*, 25-VI-1885), de presupuestos generales de Estado para el año 1885-1886, que recogía un crédito de 20.000 pesetas, en el Ministerio de la Gobernación<sup>132</sup>, destinado a subvencionar a las Sociedades de Socorros Mutuos que reconocieran prestaciones para obreros inutilizados en el trabajo, accidental o definitivamente. Mediante la Real Orden de 18 de octubre de 1885 (*Gaceta de Madrid*, 20-X-1885) se publicó el procedimiento que debían seguir las sociedades para solicitar estas subvenciones; aunque los presupuestos recogían dicho importe, no se puede considerar que existiera una protección pública de las mencionadas contingencias, pues la cuantía (20.000 pesetas) destinada a la subvención era extraordinariamente baja<sup>133</sup>.

La regencia de María Cristina Habsburgo-Lorena comienza el 26 de noviembre de 1885 y se prolonga hasta la mayoría de edad de Alfonso XIII, en 1902. Entre las primeras medidas de carácter sanitario aprobadas en este período destacan las normas publicadas por el Gobierno para hacer frente a la nueva epidemia del cólera que se había iniciado al comienzo del verano en Valencia, que ya recogen medidas en consonancia con los nuevos descubrimientos científicos<sup>134</sup>; en concreto, la Real Orden de 12 de agosto de 1890 (*Gaceta de Madrid*, 13-VIII-1890) contiene las disposiciones que, de acuerdo con lo informado por el Real Consejo de Sanidad, deberían adoptarse para evitar la propagación

---

<sup>132</sup> Aún estaba Romero Robledo al frente del Ministerio, a partir de julio de 1885 le sustituye Raimundo Fernández Villaverde.

<sup>133</sup> Para decidir sobre la importancia cuantitativa de la subvención, se ha realizado un análisis comparativo con otros créditos recogidos en la Ley de presupuestos del mismo año 1885/1886, para otros fines. Por ejemplo, para atender el sueldo anual del Ministro de la Gobernación se destinaban 30.000 pesetas, para atender los gastos de la Casa Real 9.800.000 pesetas (dotación para el Rey, 7.000.000 pesetas, para la Reina, 450.000 pesetas, para la Princesa de Asturias, 500.000 pesetas, para la infanta M<sup>a</sup> Isabel 250.000 pesetas, etc.).

<sup>134</sup> En la Real Orden de 24 de junio de 1890 (*Gaceta de Madrid*, 25-VI-1890), se establece que las Juntas de inspección higiénicas municipales debían examinar las condiciones de la localidad, de las casas, de las aguas, de los alimentos y cuanto se refiriese a la policía de higiene de las poblaciones, para dictar las medidas mas convenientes en el momento.

y desarrollo de la epidemia colérica, organizadas en dos direcciones: en un servicio de inspección médica y en otro de desinfección y saneamiento<sup>135</sup>.

No obstante, la regulación sanitaria más importante del período de Francisco Silvela es el Reglamento para el servicio benéfico sanitario de los pueblos, aprobado mediante Real Decreto de 14 de junio de 1891 (*Gaceta de Madrid*, 16-VI-1891); en su exposición de motivos, expresa la necesidad de iniciar la elaboración de una nueva Ley de sanidad: «dejando para un nuevo proyecto de ley que los progresos de la ciencia y la generalización de la higiene vienen reclamando, el abordar fundamentales principios que se disputan el dominio de la Administración en cuanto se refiere al régimen sanitario de las naciones»<sup>136</sup>.

Francisco Silvela, insistiendo siempre en que se aplicasen en España los progresos de la ciencia y la organización sanitaria mas avanzada de otros países, elabora también un Real Decreto para evitar que se propague la enfermedad de la viruela, teniendo en cuenta la epidemia del año anterior. Este nuevo Real Decreto se aprueba el 18 de agosto de 1891 (*Gaceta de Madrid*, 22-VIII-1891) y en él se designa a los Gobernadores civiles como responsables de la vacunación y revacunación de los niños de su provincia menores de dos años; indicando, asimismo, en su artículo 9, que la vacunación era una obligación de los médicos respecto a aquellos «con quienes tenga contratada la asistencia facultativa» y que los niños pobres debían ser vacunados de forma gratuita por los médicos municipales<sup>137</sup>.

Durante la Regencia de M<sup>a</sup> Cristina, las sociedades de socorros mutuos se regirán por la Ley de 30 de junio de 1887 (*Gaceta de Madrid*, 12-VII-1887), que desarrollaba el derecho de asociación, reconocido en el artículo 13 de la Constitución vigente. En concreto, era el artículo 1º de esa Ley de 1887 el que establecía que, «también se regirán

---

<sup>135</sup> El Ministro de la Gobernación, el conservador Francisco Silvela Le Vielleuze, al frente de esta Cartera desde julio 1890 a noviembre de 1891, explica en los preliminares de esta Real Orden de 12 de agosto de 1890, las nuevas medidas de lucha contra el cólera: «lo único que se tiene por eficaz en relación a la energía con que se practique es el saneamiento de las poblaciones; la inspección facultativa de los que se trasladan de puntos infestados a otros sanos»; a la vez que trataba de evitar que se siguieran aplicando los antiguos métodos, «para combatir el desarrollo de la enfermedad (...) no es posible acudir a medios que otras veces se practicaron, que el fanatismo defiende y que el temor invoca, pero que la ciencia condena por ineficaces o imposibles, y ocasionados a producir en mayor medida daños que beneficios». (*Gaceta de Madrid*, 13-VIII-1890).

<sup>136</sup> Real Decreto de 14 de junio de 1891 (*Gaceta de Madrid*, 16-VI-1891).

<sup>137</sup> En este período, se funda, mediante Real Decreto de 23 de octubre de 1894 (*Gaceta de Madrid*, 24-X-1894), el Instituto Nacional de Bacteriología y de Higiene, «destinado a los estudios y trabajos bacteriológicos y químicos con aplicación a los servicios sanitarios», incluyendo las competencias del anterior Instituto de Vacunación.

por esta Ley, los Gremios, las Sociedades de Socorros Mutuos, de Previsión, de Patronato y las Cooperativas de Producción de Crédito o de Consumo», pues, prioritariamente, la Ley estaba destinada a regular las asociaciones obreras y las congregaciones religiosas, que se estaban incrementando de forma considerable.

En 1887 se registran un total de 3.108 asociaciones en España, de las cuales, 664 son de socorros mutuos, el mayor número se registra como 'de recreo', aunque algunos autores indican que estos fines asociativos son poco creíbles debido a la depresión socio-económica de esas fechas. Por lo que, para obtener datos mas acordes con la realidad, sería necesario hacer un análisis estimativo, como el que realiza Santiago Castillo, en el que se duplica el número oficial, ofreciendo una cifra de unas 1.200 sociedades de socorros mutuos, cifra más acorde con el número de habitantes en España en ese año de 1887, que alcanza los 17.534.000<sup>138</sup>. Hay que tener en cuenta, también, que muchas asociaciones con fines educativos, recreativos y políticos ofrecen a sus asociados un socorro mutuo con prestaciones médico-farmacéuticas; estas sociedades se desarrollan fundamentalmente en las ciudades, donde conviven con el sistema de 'iguales', sin embargo, en el medio rural, la previsión se basaba tan sólo en la asistencia sanitaria derivada del sistema de iguales, sin la protección de la falta de ingresos cuando la enfermedad impedía realizar la actividad laboral.

Con el ahorro individual no se podía hacer frente, en muchos casos, a los gastos derivados de una enfermedad, pues a los gastos médicos había que unir la falta de ingresos al no poder desarrollar la correspondiente actividad laboral. Además, las libretas de ahorro en España en 1885 alcanzaban la discreta cifra de 102.290, con un saldo total de ahorro de 61.155.239 pesetas<sup>139</sup>.

El desarrollo de las sociedades de socorro privadas se debe a que la actuación de los poderes públicos era insuficiente, incluso la beneficencia pública debía cumplimentarse con otra organizada con fondos privados. José María Alonso y Bernardo Gonzalo subrayan, respecto a la beneficencia, que no sólo existía la denominada 'pública', sino que subsistió la beneficencia particular, por ello, el Estado aprobó un Real Decreto, a finales del siglo XIX, para su regulación y control:

---

<sup>138</sup> Adolfo FERNÁNDEZ PÉREZ. *Luchas y revoluciones obreras en la España contemporánea*. Torrejón de Ardoz (Madrid): Editorial Akal, 1995 (cf. pág. 15).

<sup>139</sup> DIRECCIÓN GENERAL DEL INSTITUTO GEOGRÁFICO Y ESTADÍSTICO. *Reseña geográfica y estadística de España*. Madrid: Imprenta de la Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico, 1888 (cf. págs. 896-898).

«Debe hacerse especial mención a la “beneficencia particular”. Fue la primera en ocuparse en la atención al pobre, y subsistió durante los siglos XIX y XX a pesar de las medidas desamortizadoras y los constantes avatares políticos. Una de las principales Normas que se dictaron en el siglo XIX, fue el Real Decreto de 14 de marzo de 1899, sobre reorganización de los servicios de beneficencia particular e Instrucción para el ejercicio del protectorado del Gobierno»<sup>140</sup>.

Según los datos estadísticos oficiales, referidos a marzo de 1886, tan sólo existen, en esas fechas, cuatro hospitales generales atendidos con fondos públicos y un centro para enfermos mentales. Sin embargo, los hospitales distribuidos por todo el territorio nacional que se atienden con fondos particulares alcanzan la cifra de 182<sup>141</sup>.

El reinado de Alfonso XIII se desarrolla desde mayo de 1902, final de la Regencia, hasta la proclamación de la II República el 14 de abril de 1931. Durante este periodo las dos normas más destacadas que se aprueban en materia sanitaria son: la Instrucción general de sanidad pública de 1904 (*Gaceta de Madrid*, 22-I-1904; 23-I-1904) y el Reglamento de sanidad e higiene de 1925 (*Gaceta de Madrid*, 17-II-1925).

Además, se efectúa una intensa actividad reguladora específica para tratar de reducir la tuberculosis, en este periodo una de las enfermedades con mayor tasa de mortalidad. Buena parte de estas disposiciones fueron elaboradas por el Ministro de la Gobernación Juan de la Cierva y Peñafiel. En concreto, el Real Decreto de 6 de febrero de 1906 (*Gaceta de Madrid*, 15-II-1906), mediante el cual se crea la Comisión permanente contra la tuberculosis, con el objeto de estudiar «cuantas medidas proponga la Asociación nacional para evitar en lo posible el azote tuberculoso». La Real Orden de 20 de enero de 1908 (*Gaceta de Madrid*, 24-I-1908) que incluye el Reglamento interior de dicha Comisión, establece diversas secciones encargadas de las distintas ramas de trabajo, todas compuestas por profesionales sanitarios. El Real Decreto de 24 de octubre de 1906 (*Gaceta de Madrid*, 24-X-1906) crea en Madrid, bajo el patronato de la Reina, un dispensario antituberculoso, que se denomina Real dispensario antituberculoso ‘Victoria Eugenia’, donde la atención a los enfermos era gratuita; este dispensario había sido subvencionado, a través de los presupuestos generales del Estado, con 25.000 pesetas para su instalación y sostenimiento, aunque sus recursos provenían de instituciones

---

<sup>140</sup> José María ALONSO SECO, Bernardo GONZALO GONZÁLEZ. La asistencia social y los servicios sociales en España. Madrid: Publicaciones del Boletín Oficial del Estado, 2000 (cf. pág. 85).

<sup>141</sup> Son éstos: Hospital de la Princesa, Hospital de Jesús Nazareno, Hospital de Nuestra Señora del Carmen y el Hospital del Rey, a los que se añade el Centro para Enfermos Mentales de Santa Isabel (DIRECCIÓN GENERAL DEL INSTITUTO GEOGRÁFICO Y ESTADÍSTICO. *Reseña geográfica y estadística de España*. Madrid: Imprenta de la Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico, 1888; pág. 1030).



públicas y privadas. El Real Decreto de 27 de diciembre de 1907 (*Gaceta de Madrid*, 28-XII-1907) establece el Real Patronato Central de Dispensarios e Instituciones Antituberculosas, presidido por la reina Victoria Eugenia, que debía tutelar los diversos establecimientos que, en lo sucesivo, se fundaran en España. El Real Decreto de 7 de marzo de 1908 (*Gaceta de Madrid*, 8-III-1908) nombra las mujeres, generalmente señoras de la aristocracia, que formarían parte del Real Patronato Central de Dispensarios e Instituciones Antituberculosas, del que dependerían las Juntas de Señoras de las provincias, encargadas de obtener recursos y de prestar atención a los enfermos de tuberculosis.

La organización de la actividad de los médicos y farmacéuticos titulares se efectúa mediante la aprobación de dos reglamentos: uno de 11 de octubre de 1904 (*Gaceta de Madrid*, 12-X-1904, a propuesta del Ministro de la Gobernación José Sánchez Guerra y otro de 14 de febrero de 1905 (*Gaceta de Madrid*, 16-II-1905), a propuesta del Ministro de la Gobernación Augusto González Besada, con el objeto de desarrollar la Instrucción general de sanidad en esta materia profesional.

Mediante el Real Decreto de 24 de enero de 1911 (*Gaceta de Madrid*, 25-I-1911) se establecen las funciones del Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII, todas ellas, relacionadas con la higiene y beneficencia pública. Y, para la defensa de las 'enfermedades evitables', se organizan las denominadas brigadas sanitarias, con el fin de combatir las enfermedades infecciosas; estas brigadas deberían acudir a los lugares donde existiera un foco de infección para combatirlo, provistas de los medios necesarios: estufa de desinfección, lejía, horno de cremación, sueros y vacunas, potabilizadora, etc. Mediante la Real Orden de 28 de julio de 1921 (*Gaceta de Madrid*, 30-VII-1921) se asigna a los Gobernadores civiles la organización de las brigadas sanitarias provinciales, de forma coordinada con los alcaldes de los municipios de cada provincia y con el Inspector provincial de Sanidad. En cuanto a la brigada sanitaria central, con sede en Madrid, debería actuar coordinadamente con el Inspector general de Sanidad, según lo regulado en su Reglamento de organización y funcionamiento, aprobado mediante Real Orden de 18 de noviembre de 1921 (*Gaceta de Madrid*, 20-XI-1921). Tres meses más tarde, se publica el Real Decreto de 28 de febrero de 1922 (*Gaceta de Madrid*, 2-III-1922), a propuesta del Ministro de la Gobernación, Rafael Coello y Oliván, mediante el cual se rehabilita la Dirección General de Sanidad en sustitución de la Inspección General de Sanidad, al Director general de Sanidad se le adscriben todas «las funciones y facultades que se relacionan con la defensa y fomento de la salud pública y será el jefe efectivo de

los servicios y funcionarios adscritos a los tres cuerpos de la sanidad civil». Para lo cual contará con tres Inspecciones (sanidad interior, sanidad exterior e instituciones sanitarias).

Hasta el último cuarto del siglo XIX la sanidad pública se ocupaba sólo de las enfermedades infecciosas y de la atención a los enfermos pobres. Al final del XIX y principios del XX, se amplía la atención pública a las enfermedades de 'grave trascendencia social', a lo que se añade la organización de determinados Institutos sanitarios y los sanatorios antituberculosos. Durante la dictadura de Primo de Rivera, y siendo Ministro de la Gobernación Severiano Martínez Anido<sup>142</sup>, se aprueba el Real Decreto de 4 de junio de 1924 (*Gaceta de Madrid*, 5-VI-1924) por el que se crea el Real Patronato de Lucha Antituberculosa. A este Real Patronato se le asigna la dirección, organización, vigilancia y administración de cuanto afecta a la lucha antituberculosa en España, funcionaría bajo la presidencia de la reina Victoria Eugenia. Le correspondía todo lo referente a la creación y desarrollo de nuevos centros de prevención tuberculosa y debía proyectar la creación, en Madrid, de un Instituto Central Antituberculoso, para actuar como dispensario y como centro de educación higiénica y de investigación. Al frente de la sección técnica del Real Patronato se nombraba el Director general de Sanidad, asistido por los médicos directores de los dispensarios de Madrid y por los médicos de los sanatorios de las provincias<sup>143</sup>. El mismo Real Decreto establecía que se deberían constituir Juntas provinciales y municipales, especializadas en la lucha antituberculosa, y que, en toda población de más de 10.000 habitantes, se debería crear un dispensario antituberculoso, a cargo del municipio; además suprime la Junta que como Comisión permanente venía funcionando en el Ministerio de la Gobernación. Para la creación de sanatorios antituberculosos se debía atender a lo establecido en la Real Orden de 1916.

A la anterior regulación cabe añadir los Reglamentos de sanidad municipal y provincial, aprobados, respectivamente, mediante Real Decreto de 9 de febrero (*Gaceta de Madrid*, 17-II-1925) y de 20 de octubre de 1925 (*Gaceta de Madrid*, 24-X-1925). En la exposición de motivos del Reglamento municipal se apunta el atraso de gran parte de los Ayuntamientos en materia higiénica y sanitaria, y que, como el cuidado de la salud pública le corresponde al Estado, éste debía regular y vigilar la actividad local. Entre los fines de este Reglamento municipal se describen: la prevención de las enfermedades infecciosas,

---

<sup>142</sup> Severiano Martínez Anido, fue Ministro de la Gobernación, desde septiembre de 1923 hasta enero de 1930.

<sup>143</sup> El Real Patronato de Lucha Antituberculosa se dividía en dos secciones: una técnica y otra administrativa.

la disminución de la fiebre tifoidea, la creación obligatoria de plazas de comadronas y el nombramiento, como inspectores municipales de sanidad, de los médicos titulares, asignándoles una retribución complementaria. Como competencia de los Ayuntamientos, se atribuye el servicio de asistencia benéfica médico-farmacéutica a las familias pobres, al que deberá asignarse el correspondiente personal facultativo, subsistiendo los médicos titulares. Asimismo, coexistirán dos tipos de Juntas municipales, las de sanidad y las de beneficencia. Y, a los Ayuntamientos más ‘populosos’ les encarga la instalación de dispensarios antituberculosos, antivenéreos, centros de maternología y puericultura, casas de socorro, casas de baños económicos y consultorios gratuitos, especialmente para niños y enfermos de la vista, además de atribuirles la organización de la asistencia domiciliaria para pobres, las maternidades y las casas cuna.

En el Reglamento provincial se establecía que, en cada provincia, debía organizarse una Junta de sanidad, presidida por el Gobernador civil. Las brigadas sanitarias, los laboratorios provinciales y los institutos sanitarios provinciales debían refundirse en un Instituto de Higiene provincial, sostenido por la Diputación. En cuanto a los centros de atención sanitaria, se dividían en los de atención benéfica provincial y los de atención social; los primeros se encargaban del aislamiento de enfermos contagiosos, de las meretrices enfermas y de enfermos tuberculosos; los de atención social comprendían los dispensarios públicos gratuitos dedicados a enfermedades generales y, especialmente de tuberculosos y enfermos de afecciones venéreas, y los sanatorios, clasificados en provinciales para enfermos tuberculosos, institutos de maternología y asistencia infantil, con comedor para madres, gota de leche y casas-cuna.

De forma específica se reguló, nuevamente, la asistencia sanitaria domiciliaria de los partidos médicos, por lo que se puede pensar que las previsiones normativas en esta materia eran incumplidas, en muchas ocasiones, por los pueblos, seguramente debido a la falta de recursos económicos en el medio rural. La Real Orden de 11 de diciembre de 1928 (*Gaceta de Madrid*, 12-XII-1928) regula que, en cada partido médico, con un médico titular, habrá una plaza de practicante y otra de matrona o partera para el servicio de la beneficencia municipal, rigiendo lo mismo para los Ayuntamientos que tuvieran organizado el personal médico en cuerpos especiales de beneficencia; en cada provincia y localidades de más de 10.000 habitantes debería dotarse, al menos, de un médico tocólogo y de dos matronas titulares por cada médico.

Sin embargo, es el Reglamento de sanidad e higiene de 9 de febrero de 1925 (*Gaceta de Madrid*, 17-II-1925) la regulación sanitaria de mayor interés promulgada en este periodo del directorio militar, aunque en ella, como señala Santiago Muñoz Machado, la atención sanitaria sigue basada en proporcionar un beneficio a la sociedad, al atender una demanda de la colectividad, no del individuo:

«A partir de la Instrucción de 1904, quedarán sentadas las bases de apoyo para una expansión de la actividad sanitaria pública en busca de una protección de la colectividad frente a las enfermedades de grave trascendencia social (por estar gran número de personas afectadas por ellas), así como para el establecimiento de instituciones encargadas de la docencia y la investigación sanitaria especializada.

Es, sin embargo, en la época de la Dictadura, y gracias, sobre todo, al Reglamento de Sanidad Provincial, de 20 de octubre de 1925, dictado en desarrollo del Estatuto Provincial de 20 de marzo de ese mismo año, cuando van a surgir la mayoría de las instituciones sanitarias (Institutos Provinciales de Higiene, Sanatorios para Tuberculosos, Institutos de Maternología y Puericultura, etc.).

Existe una notable expansión de la actividad sanitaria pública, que de estar ocupada casi tan sólo de las profesiones sanitarias, de las enfermedades transmisibles y de la llamada “sanidad exterior”, pasa a preocuparse por innumerables problemas que, latentes hasta entonces, no habían recibido la oportuna respuesta desde la Administración. No obstante, es de destacar que la filosofía que fundamenta la comentada expansión de los servicios sanitarios, no es, en esencia, distinta de la descrita hasta ahora: se trata tan sólo de proteger la salud colectiva; ya que, aun cuando en la referida época se establecen servicios prestadores de asistencia, ésta se ordena en razón al fin último de proteger la salud pública, atendiéndose al ciudadano en concreto sólo por razón a la importancia que su enfermedad tiene para el mantenimiento de la salud de toda la colectividad. La sanidad española sigue siendo, en esencia, estrictamente preventiva»<sup>144</sup>.

Debida a esa escasa asistencia del Estado al ciudadano, la cobertura de la prestación de la asistencia sanitaria sigue realizándose, fundamentalmente, a través de asociaciones gremiales o cooperativas, sociedades de seguro de enfermedad, iguales, policlínicas de urgencia, etc., todas entidades de tipo privadas. El Estado sólo ejercía un control sobre esas entidades, a través de la Comisaría Sanitaria, creada en 1925, mediante la Real Orden de 31 de marzo de ese año (*Gaceta de Madrid*, 1-IV-1925). Este control fue muy demandado por los ciudadanos; es más, en la exposición de motivos de esta Real Orden se reconocía que su creación obedecía a «las frecuentes denuncias y peticiones que las Autoridades reciben en súplica de intervención contra el incumplimiento de los contratos establecidos entre particulares y ciertas empresas dedicadas a la

---

<sup>144</sup> Santiago MUÑOZ MACHADO. *La sanidad pública en España (Evolución histórica y situación actual)*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de la Administración Pública, 1975 (cf. págs. 168-169).

prestación de servicios médicos». Esta Comisaría dependía de la Dirección General de Sanidad y, además, de un presidente delegado del Ministerio de la Gobernación, estaba formada por varios vocales representantes de las asociaciones sometidas a su inspección, un representante de mutualidades, un representante de empresas aseguradoras, un socio de las sociedades mutualistas, un socio de las empresas afectadas, dos médicos de sociedades elegidos por el Colegio Oficial y un farmacéutico, elegido también por el Colegio Oficial<sup>145</sup>.

Carlos Salinas, en su análisis de los fondos documentales benéfico-sanitarios conservados en el Archivo Municipal del Campello, detalla la atención sanitaria pública de este periodo:

«La documentación sobre sanidad y beneficencia refleja las competencias y obligaciones de los municipios en el periodo (...), establecidas básicamente por el Reglamento del Servicio Benéfico-Sanitario (1891) y la Real Orden, modificando el mismo, de noviembre de 1903; la Instrucción General de Sanidad (1904); el Reglamento de Sanidad e Higiene (1925); y el artículo 107 de la Ley Municipal de 1935 (...). El campo de actuación comprendía el control de la salubridad de las aguas potables, la elaboración del padrón de viviendas insalubres y mejorables, la policía sanitaria sobre las vías públicas, mercados, lavaderos y cementerios, el control de las aguas negras, fosas y alcantarillado, la inspección de los mataderos, fábricas de embutidos, lecherías, tiendas de alimentación, salazones. En cada municipio debían constituirse Juntas Municipales de Sanidad y Beneficencia, presididas por el Alcalde, con el encargo de informar, planificar y actuar sobre estas materias. Un instrumento común era el Padrón de Beneficencia para registrar las familias pobres con derecho a recibir gratuitamente medicinas y asistencia médica domiciliaria»<sup>146</sup>.

### 1.2.1. Principales manifestaciones jurídico-institucionales

#### *Reglamento del Servicio Benéfico Sanitario [1891]*

A propuesta del Ministro de la Gobernación Francisco Silvela, la regente María Cristina, el 14 de junio de 1891 (*Gaceta de Madrid*, 16-VI-1891), aprobó el Reglamento para el servicio sanitario de los pueblos, desarrollando así la Ley de sanidad de 1855. En él se regulaba la atención médica y farmacéutica en los municipios, costeada por los

<sup>145</sup> Por Real Orden de 11 de abril de 1925 (*Gaceta de Madrid*, 12-IV-1925) se nombran a los componentes de este organismo inspector.

<sup>146</sup> Carlos SALINAS SALINAS. "Descripción de los fondos benéfico-sanitarios del Archivo Municipal del Campello". En: Ángel Beneito Lloris, Francesc X. Blay Meseguer, Joan Lloret Pastor (coord.). *Beneficència i Sanitat en els municipis valencians*: 105-113. Valencia: Seminarios de Estudios sobre la Ciencia / Universidad de Valencia, 1999 (cf. págs. 105-106).

Ayuntamientos, y la atención médica para los enfermos 'no pobres', costeada por éstos, a través de las igualas.



Francisco Silvela [1897]

Aguafuerte de Bartolomé Maura Montaner  
Iconografía Hispana, BNE: 8924-3

En el artículo primero de este Real Decreto, se establecían los servicios sanitarios que debían disponer las poblaciones, financiados por los Ayuntamientos, con dotación de médicos y farmacéuticos municipales:

«... en todas las poblaciones que no pasen de 4.000 vecinos habrá Facultativos municipales de Medicina y Cirugía, y Farmacia, costeados por los Ayuntamientos (...). En las de mayor vecindario llevarán los Municipios un registro de pobres que tengan derecho a la asistencia facultativa gratuita (...). En estas poblaciones habrá asimismo Facultativos municipales para el desempeño de los propios deberes y para atender al servicio de las casas de socorro, si las hubiere»<sup>147</sup>.

En cuanto a la ordenación del servicio farmacéutico, el último párrafo del artículo 6º, de este mismo Reglamento establecía que, «para prestar el servicio farmacéutico

<sup>147</sup> Artículo 1 del Real Decreto de 14 de junio de 1891 (*Gaceta de Madrid*, 16-VI-1891).

bastará que haya una Oficina en cada localidad, cualquiera que sea el número de vecinos y de familias pobres».

En el Reglamento (artículo 10) se regula la prestación de asistencia sanitaria por los facultativos municipales para los habitantes que no estén comprendidos en la 'lista de pobres', mediante el sistema de contrato privado o igualas que, con carácter general, se efectuará sin mediación del Ayuntamiento; aunque si en el contrato participasen un número elevado de vecinos sí podría intervenir el Ayuntamiento, pero sólo para ordenar las condiciones del contrato y el pago estipulado. El texto formula que

«... en las igualas o contratos que los Facultativos municipales celebren con los vecinos, sea individualmente, sea en colectividad, no entenderán por punto general los Ayuntamientos. Mas si conviniera a los vecinos comentados contratar en crecido número con los Facultativos municipales o con otros, podrán intervenir mediante autorización del Gobernador respectivo en la organización de aquella asociación, en ordenar las condiciones del contrato y en hacer efectivo el pago de la cantidad estipulada»<sup>148</sup>.

También establecía que en el contrato del Ayuntamiento con los Facultativos para la atención de las 'familias pobres' no procedía acordar las prestaciones para las 'familias no pobres'<sup>149</sup>. Los servicios de los farmacéuticos municipales, a cargo del presupuesto municipal, se regulaban en los artículos 22 y 23, donde también se indicaba el detalle de sus retribuciones:

«Los Farmacéuticos municipales deberán percibir una dotación fija por residencia y prestación de los servicios sanitarios que sean de su especial incumbencia, y les encomienden los Ayuntamientos y cobrarán además el importe de los medicamentos que, mediante prescripción suscrita por los Facultativos municipales de Medicina y Cirugía suministren a los enfermos declarados pobres para los efectos de este reglamento (...). En todo caso, los Ayuntamientos consignarán en sus presupuestos anuales la cantidad necesaria para subvenir oportunamente a este servicio»<sup>150</sup>.

#### *Instrucción General de Sanidad Pública [1904]*

Carlos María Cortezo Prieto fue el primer médico que estuvo al frente de la Dirección General de Sanidad; en una primera etapa, durante cinco escasos meses, fue

<sup>148</sup> Artículo 10 del Real Decreto de 14 de junio de 1891 (*Gaceta de Madrid*, 16-VI-1891).

<sup>149</sup> «En el contrato para la asistencia a las familias pobres (...) no podrán involucrarse otros servicios de índole distinta (...), como la asistencia a los vecinos no pobres». Artículo 13 del R.D. 14-VI-1891 (*Gaceta de Madrid*, 16-VI-1891).

<sup>150</sup> Artículo 23 del Real Decreto de 14 de junio de 1891 (*Gaceta de Madrid*, 16-VI-1891).

nombrado a propuesta del Ministro de la Gobernación, Eduardo Dato, por Real Decreto de 15 de agosto de 1899 (*Gaceta de Madrid*, 17-VIII-1899), cesó el 5 de enero de 1900 (*Gaceta de Madrid*, 7-I-1900). Volvió al frente de la Dirección General de Sanidad en el año 1902, permaneció en ella hasta 1904, en que se le declara cesante (*Gaceta de Madrid*, 2-I-1904)<sup>151</sup>. Él sería el promotor de la Instrucción general de sanidad pública, aprobada mediante Real Decreto de 12 de enero de 1904 (*Gaceta de Madrid*, 22-I-1904; 23-I-1904) a propuesta del Ministro de la Gobernación, José Sánchez Guerra.



Carlos María Cortezo y Prieto [ca. 1900]

Real Academia Nacional de Medicina  
Expediente Carlos M<sup>a</sup> Cortezo



José Sánchez Guerra [1923]

Óleo de Julio Romero de Torres.  
Galería de Retratos del Palacio de las Cortes

Santiago Muñoz Machado, en su valoración de la evolución histórica de la sanidad pública en España, establece que, en estos años, la normativa reguladora había quedado anticuada, ya no se ajustaba al concepto y orientación del momento y, sin embargo, la asistencia sanitaria pública aún no era un tema prioritario para la política de la época:

«En los últimos años del siglo XVIII y los primeros del XIX, se produce un cambio notable a escala internacional en los planteamientos y técnicas referentes a la sanidad pública. Se habían celebrado diversas conferencias sanitarias internacionales, con las que se había llegado a algunas conclusiones válidas para mejorar los servicios sanitarios públicos.

<sup>151</sup> Fue una personalidad reconocida también en otras áreas de Gobierno, desempeñó el cargo de vicepresidente del Congreso y el de Ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes, nombrado mediante Real Decreto el 8 de abril de 1905 (*Gaceta de Madrid*, 9-IV-1905).



En España, la Legislación, aunque abundante, había quedado anticuada, era precisa una renovación a fondo que la pusiera al día. No era suficiente la Ley de Sanidad aprobada en 1855, cuyos principios científicos y administrativos-sanitarios no respondían ya al concepto y orientación del momento. Se necesitaba una nueva Ley. No obstante, por más esfuerzos que los escasos políticos preocupados por la sanidad hicieron, no fue posible la aprobación de ninguno de los proyectos que se presentaron»<sup>152</sup>.

Como la Ley de Sanidad de 1855 no respondía suficientemente a estos nuevos planteamientos para la mejora de la sanidad pública, se aprobó una nueva Instrucción general de sanidad pública, sancionada el 12 de enero de 1904 por el rey Alfonso XIII, publicada, mediante Real Decreto, en las *Gacetas de Madrid* del 22 de ese mes (Títulos I y II) y el 23 de enero (Títulos III, IV y V). Previamente, este Decreto se había aprobado de forma provisional, el 14 de julio de 1903, a propuesta del anterior Ministro de la Gobernación, Antonio Maura. En relación con la estructura competencial sanitaria de las Administraciones, el artículo 1º del Real Decreto establecía que, «los Servicios de Sanidad e Higiene Pública continuarán bajo la vigilancia del Ministerio de la Gobernación, con las delegaciones necesarias en los Gobernadores Civiles, Alcaldes, funcionarios, Juntas y Corporaciones Especiales que más adelante se detalla». Se mantiene, por tanto, la estructura competencial ya recogida en la Ley de 1855, pero se introducen algunos cambios: la Dirección General de Sanidad pasa a denominarse Inspección General de Sanidad, así se regulaba en el artículo 31 de esta nueva Instrucción general, que establecía, «habrá dos Inspectores Generales de Sanidad que, a las órdenes inmediatas del Ministerio de la Gobernación, ejercerán todas las funciones y facultades que correspondían a la suprimida Dirección General de Sanidad».

El capítulo VII del Título III de esta Instrucción estaba dedicado a la organización de las profesiones sanitarias libres, indicando que la vigilancia de la legitimidad de los títulos (Medicina y Cirugía, Farmacia, Veterinaria, 'arte de los partos' y dentista) y de su regular ejercicio, correspondería a los Subdelegados de Sanidad. Asimismo, se crean los colegios profesionales de dichos facultativos y se regulan sus fines, facultades y prerrogativas. El capítulo VIII del mismo Título queda dedicado a la organización de las profesiones sanitarias oficiales y, dentro de éstas, se regula la asistencia a los pacientes pobres; es en el artículo 91 donde se establece que, «para el servicio de asistencia a los enfermos pobres tendrán todos los Ayuntamientos un Médico titular y un Practicante titulado». Estos médicos contratarán sus servicios en la forma ordenada en el Reglamento

---

<sup>152</sup> Santiago MUÑOZ MACHADO. *La sanidad pública en España (Evolución histórica y situación actual)*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de la Administración Pública, 1975 (cf. págs. 126-127).

de 1891, pero sin la limitación de plazo que éste consigna, y constituirán un Cuerpo de Médicos Titulares.

Del régimen sanitario interior se ocupa el Título IV de la Instrucción, en él se distingue la 'higiene municipal' de la 'sanidad e higiene provincial'. En las disposiciones generales relativas a la higiene municipal se recogen las normas que deben atender los municipios como medidas preventivas para evitar enfermedades infecciosas, por ejemplo: «el suministro de aguas y vigilancia de su pureza, la evacuación de aguas y residuos, la prevención contra el paludismo, la asistencia domiciliaria de enfermos pobres y la especial higiene de la infancia y de las embarazadas o paridas pobres». Y en el apartado dedicado a las 'enfermedades infectivas y contagiosas', se detalla un protocolo de detección y control de éstas; en concreto, el artículo 124 establece que, «es obligatorio para todos los Médicos y para los cabeza de familia, para los jefes de establecimientos o de talleres y fábricas, para los dueños o gerentes de fondas, posadas y hospederías, la declaración al Inspector Municipal de Sanidad de las enfermedades infecciosas comprendidas en el anejo 1». En el capítulo X, titulado «Sanidad e Higiene Provincial», se encomienda a ésta, además de la vigilancia, consulta y complemento de los cometidos asignados a la municipal, las recogidas en el artículo 146, entre ellas: «la higiene y régimen sanitario, en general, de los Hospitales y Asilos sostenidos o subvencionados por fondos provinciales».

El Título V de esta Instrucción está dedicado a los Servicios Generales de Sanidad. Estos Servicios atenderán el régimen sanitario de procedencia exterior; es decir, le corresponde al Gobierno la instalación de los medios de defensa de epidemias prescritos en el Reglamento de sanidad exterior, de octubre de 1899, el entonces vigente en esta materia. Además, le corresponde al Gobierno la declaración y control de epidemias 'exóticas' y las de 'naturaleza aún desconocida', pero de gran mortalidad; también le corresponde, a través de la Inspección General de Sanidad, adscrita al Ministerio de la Gobernación, el régimen de las aguas minerales y la vigilancia de su administración y venta; y, a través del Real Consejo de Sanidad y del Inspector General de Sanidad, la recopilación, organización y publicación de la estadística sanitaria. Al Real Consejo de Sanidad le compete especificar las funciones de los Laboratorios e Institutos de Vacunación que deberían instalarse en las capitales de provincia. Por último, el Real Decreto encarga al Real Consejo de Sanidad formular las tarifas de los servicios sanitarios prestados por los Inspectores Provinciales, Municipales, Subdelegados y Laboratorios.

Santiago Muñoz Machado señala que los Ayuntamientos debían dictar sus Reglamentos de higiene atendiendo a las bases establecidas por el Estado, pues la sanidad en este periodo responde a una organización y a un control estatal:

«La Instrucción General de Sanidad había establecido la obligación para los Ayuntamientos de dictar, a propuesta de la Junta Municipal de Sanidad, reglamentos de higiene en los que se detallaran los deberes y funciones de las autoridades en lo que a la intervención en asuntos sanitarios respecta.

En esta regulación destaca de nuevo la vertiginosa asunción por el Estado del cuidado de la salud pública, acentuada en los primeros años del siglo, a pesar de que en los textos legales se siguiera manteniendo la competencia como propia y “exclusiva” de los Ayuntamientos.

La formación de lo relativo a la Sanidad es ya, más que nunca, una función totalmente a cargo del Estado. Lo curioso es que el proceso “normativo estatalizador” concluyera en una época en la que tradicionalmente se ha querido ver una acusada tendencia descentralizadora: la dictadura de Primo de Rivera»<sup>153</sup>.

En consonancia a esa centralización de las competencias en materia sanitaria, se publica la Real Orden de 12 de octubre de 1910, donde se aprobaban las bases generales para la redacción de los reglamentos de higiene. Estas bases contenían todo aquello que habían de indicar los Ayuntamientos en sus reglamentos de higiene, por lo que la Real Orden era lo suficientemente minuciosa y estricta como para que los reglamentos municipales no tuvieran ninguna posibilidad innovadora.

Posteriormente, y tomando como punto de partida esa Instrucción general de sanidad pública, se desarrollará por el Estado la regulación sanitaria municipal y provincial; de esta regulación destaca el Reglamento de sanidad e higiene de 1925.

#### *El Reglamento de sanidad e higiene [1925]*

El Reglamento de sanidad municipal fue aprobado por Alfonso XIII a propuesta del Jefe del Gobierno y Presidente del Directorio Militar, Miguel Primo de Rivera y Orbaneja, el 9 de febrero de 1925 (*Gaceta de Madrid*, 17-II-1925), siendo Director General de Sanidad el médico Francisco Murillo y Palacios. En la exposición de motivos indica que este Reglamento formaba parte de la regulación centralizadora, en detrimento de la autonomía municipal:

«... el ideal sería que los Ayuntamientos organizaran y sostuvieran los servicios sanitarios del término municipal libres de intromisiones e ingerencias extrañas a su propia constitución; pero este ideal dista mucho de la realidad:

---

<sup>153</sup> Santiago MUÑOZ MACHADO. *Op. cit. ut supra*, cf. págs. 144-147.

primero, por la falta de tradición y el atraso que una gran parte de los Ayuntamientos españoles muestra en materias de Higiene y Sanidad, y segundo, porque es deber fundamental del Estado cuidar de la salud pública, y esta función no podría ejercerla sin el conocimiento, vigilancia e intervención en el régimen sanitario de los Municipios, ya que ellos constituyen las células o elementos primarios del organismo nacional»<sup>154</sup>.

Este párrafo trataba de justificar que la aprobación de esta norma estatal no contradecía la política seguida por el Gobierno en relación con los municipios, ya que, como es sabido, durante el Directorio Militar, la regulación de la administración de los municipios se efectuó con la pretensión de dotarla de una elevada autonomía. De dicha regulación municipal se puede destacar la publicación del estatuto municipal de 1924; Ángeles Barrio y Manuel Sánchez Cortina han señalado que esta norma no llegó a cumplir con sus principios básicos, para responder a los fines sociales que lo justificaba:

«Resultó el esfuerzo más importante, junto con el Estatuto Provincial de 1925, para la reorganización de las Diputaciones y para el saneamiento de las Haciendas Locales a partir de dos principios: el de la autonomía para la responsabilidad e independencia, y el de la regeneración, para responder a los fines sociales que los justificaban.



Francisco Murillo y Palacios

Real Academia Nacional de Medicina  
Expediente Francisco Murillo

El plan, que no dejaba de ser el resumen de las propuestas de Maura de 1907, de Reforma de la Administración Local, de Canalejas y de Romanones, de

<sup>154</sup> Real Decreto de 9 de febrero de 1925 (*Gaceta de Madrid*, 17-II-1925).

1911, y de González Besada sobre Haciendas Locales, de 1918, no llegó a cumplir en la práctica sus dos principios básicos»<sup>155</sup>.

El Reglamento de sanidad municipal de 1925 recoge sus fines, en la misma exposición de motivos, dando prioridad a los preceptos dirigidos a la prevención de la fiebre tifoidea:

«... si los Ayuntamientos cumplen con su deber y llevan a la práctica los preceptos contenidos en las secciones I y II del capítulo primero, veremos desaparecer rápidamente la elevada mortalidad que entre nosotros ocasiona la fiebre tifoidea (...). No menos importantes son las secciones dedicadas a la higiene de las viviendas y de las industrias, a la policía de substancias alimenticias, al establecimiento y funciones de los Laboratorios y a la prevención de las enfermedades infecciosas, ratificando en esta última la intervención y auxilio del Estado cuando exista peligro de propagación o los Ayuntamientos carezcan de medios para resolver situaciones peligrosas (...). Dentro de la tendencia, dirigida a la municipalización de los servicios generales, este Reglamento contiene la novedad de recomendar, entre ellos, la de los abastos de leche (...). Respecto a la organización del personal sanitario, se recoge la creación obligatoria de las plazas de Comadronas y (...) queda consagrada y firme la aspiración unánime de la clase, de ser los Médicos titulares Inspectores Municipales de Sanidad. Y por este cargo percibirán, en concepto de retribución, las cantidades que los Ayuntamientos fijen a partir de una proporción que señala como mínima»<sup>156</sup>.

Por ello, la sección VI del Reglamento está dedicada a la prevención de infecciones y epidemias; en esta sección se establecen las competencias de los municipios y las atenciones que le corresponden al Gobierno estatal, siempre con el fin prioritario de prevenir la fiebre tifoidea. Se indica que es al Estado, a través de la Dirección General de Sanidad, a quien le compete vigilar que los municipios ejecuten las obras y realicen otras medidas eficaces y factibles para evitar nuevas infecciones por estas fiebres (artículo 25); se encargan a los Ayuntamientos actuaciones tanto preventivas como de atención al enfermo, con objeto de «combatir las enfermedades infectocontagiosas que aparezcan en el término», y de «prevenir las epidemias y combatirlas cuando se presenten». Para ello, el Ayuntamiento debía habilitar «locales de aislamiento, medios de asistencia y aparatos de desinfección en la medida proporcionada a sus necesidades y recursos». Asimismo, la Dirección General de Sanidad debía facilitar «gratuitamente para las atenciones de la beneficencia la vacuna antivariólica y otras vacunas que los

---

<sup>155</sup> Ángeles BARRIO & Manuel SÁNCHEZ CORTINA. *El reinado de Alfonso XIII. España a comienzos del siglo XX (1902-1931)*, [Historia de España, 11]. Madrid: Espasa Calpe, 1999 (cf. pág. 101).

<sup>156</sup> Real Decreto de 9 de febrero de 1925 (*Gaceta de Madrid*, 17-II-1925).

Ayuntamientos soliciten, mientras no puedan proveer a esta necesidad los Institutos regionales o provinciales». También a los Ayuntamientos les corresponde «la lucha contra el paludismo, (...) sin prescindir por ello de la colaboración y dirección del Estado para la organización antipalúdica».

En la misma sección VI, se dedica el artículo 28 a la organización de una red asistencial de los Ayuntamientos. En concreto, se establece que, para la asistencia de los enfermos pobres, los Ayuntamientos debían disponer de «hospitales, clínicas, dispensarios, enfermerías, etc.», para la invalidez, vejez e infancia desvalida, debían constar con «Asilos» y para accidentes y casos de urgencia con «Casas de Socorro»; y, por último, también debían contar con la «organización conveniente para la asistencia domiciliaria de las familias pobres».

Asimismo, se encargaba a la Dirección General de Sanidad, el procurar de recursos suficientes a los Ayuntamientos, mediante anticipos, subvenciones y auxilios técnicos, para que aplicasen los remedios adecuados en los municipios donde la mortalidad excediera, durante cinco años, de la media general de España (artículo 29). Y se obligaba a la intervención directa del Estado, a través de la Dirección General de Sanidad, en aquellos municipios donde persistieran focos endémicos de enfermedades contagiosas (artículo 31). Esta intervención se concretaba en la realización del estudio de las causas que lo motivaran y a la redacción de un proyecto de saneamiento, que sería ejecutado por el Ayuntamiento, con la ayuda del Estado, cuando aquel careciera de recursos.

La sección VII del Reglamento de 1925 está destinada a regular los servicios de atención médico-farmacéutica a las familias pobres residentes en la jurisdicción. Esta atención se efectuará por el Cuerpo de Médicos Titulares y, por el de Farmacéuticos y Veterinarios Titulares. La sección VIII del Reglamento está dedicada a la inspección sanitaria; en ella se constituye el Cuerpo de Inspectores Municipales de Sanidad, al cual pertenecerán todos los titulares sanitarios mencionados. Las consignaciones presupuestarias municipales para atender estos servicios de inspección serían «independientes de las que figuran para el pago de las titulares y sin merma de las iguales».

El 31 de marzo de 1925 (*Gaceta de Madrid*, 4-IV-1925) a propuesta del Jefe del Gobierno, presidente interino del directorio militar, Antonio Magaz, se aprueba el Reglamento del personal médico-farmacéutico de la beneficencia general. Este

Reglamento reforma la normativa reguladora del personal médico-farmacéutico al servicio de los establecimientos de beneficencia general, unificando los títulos en cuatro: médicos de número, farmacéuticos, médicos auxiliares y practicantes; el Título II, dedicado al servicio farmacéutico, establece que con destino a la farmacia del Hospital de la Princesa se seleccionará a un farmacéutico, por oposición, que atenderá también los botiquines de los Hospitales de Nuestra Señora del Carmen y de Jesús Nazareno, el resto de este Título II está dedicado a describir el proceso selectivo.

### 1.3. La sanidad durante la II República (1931-1936)

En la etapa del Gobierno provisional y durante el primer bienio de la II República<sup>157</sup>, al frente de la Dirección General de Sanidad estuvo Marcelino Pascua Martínez, quien reforzó la actividad preventiva a la vez que impulsó la necesaria coordinación entre salud pública, prevención social y asistencia sanitaria pública<sup>158</sup>, reorientando así toda la política sanitaria. Como la asistencia sanitaria pública benéfica, hasta la fecha, era prácticamente un fracaso, sus actuaciones se encaminaron hacia la implantación del seguro obligatorio de enfermedad, como ya se había regulado en otros países, y hacia la prevención y asistencia sanitaria, hasta entonces dirigida prioritariamente, a las enfermedades ‘exóticas’ importadas, cuyas medidas extendió a otras enfermedades de elevada incidencia en la población.

Marcelino Pascua sabía que para la implantación del seguro obligatorio de enfermedad habría que superar, entre otros conflictos, las reivindicaciones del colectivo de sanitarios titulares, fundamentalmente de los médicos y farmacéuticos, pero declaraba

---

<sup>157</sup> Mediante Decreto de 14 de abril de 1931 (*Gaceta de Madrid*, 15-IV-1931), los componentes del Comité nombraron Presidente del Gobierno provisional a Niceto Alcalá Zamora y Torres, y éste asignó un Ministerio a cada miembro del Comité: Alejandro Lerroux (Ministro de Estado), Fernando de los Ríos (Ministro de Justicia), Manuel Azaña (Ministro de Guerra), Santiago Casares Quiroga (Ministro de Marina), Miguel Maura Gamazo (Ministro de la Gobernación), Álvaro del Albornoz (Ministro de Fomento) y, Francisco Largo Caballero (Ministro de Trabajo). Mediante Decreto del 14 de abril de 1931 (*Gaceta de Madrid*, 17-IV-1931) cesa en el cargo de Director general de Sanidad José Alberto Palanca y Martínez-Fortún, es sustituido por Marcelino Pascua Martínez, que es nombrado Director general de Sanidad por Decreto de 16 de abril de 1931 (*Gaceta de Madrid*, 17-IV-1931), cargo del que dimite el 28 de abril de 1933 (*Gaceta de Madrid*, 29-IV-1933); en 1929 se le encargó la Jefatura de los servicios de estadística sanitaria de la Dirección general de Sanidad, donde volvió en el año 1933. Pascua Martínez era médico y docente (fue profesor de la Escuela Nacional de Sanidad), militante del PSOE, durante la guerra civil española fue el primer embajador en la Unión Soviética, nombrado el 21 de septiembre de 1936; después de la guerra, y durante su exilio, fue docente en Estados Unidos y funcionario de la OMS en Ginebra.

<sup>158</sup> Josep BERNABEU MESTRE. “La contribución del exilio científico español al desarrollo de la salud pública venezolana. Santiago Ruesta Marco, 1938-1969”. En: Josep Lluís Barona Vilar (ed.). *La Ciencia, salud pública y exilio (España 1875-1939)*: 223-256. Valencia: Universitat de València, 2003 (cf. pág. 230).

que solo se deberían tener en cuenta si con ello se obtenía el eficaz servicio público planificado<sup>159</sup>. O lo que es lo mismo, si con ello se reforzaba la higiene pública y la medicina preventiva en el campo español, y si se conseguía implantar el seguro social de enfermedad, mejorando así la asistencia sanitaria como una novedad tangible:

«El comité de titulares actuará como estime conveniente. Por lo que a mí respecta (...) he de seguir fielmente mi ruta prosiguiendo en mi tarea de organizar sólidamente sobre bases científicas la sanidad en el medio rural (...) hasta que la higiene pública y la medicina preventiva en el campo español sea una novedad tangible sobre una base de racionalización. Y tras ella, y a veces conjuntamente, irá surgiendo, asimismo, la socialización de la medicina curativa y de la asistencia. Y sólo dentro de estos términos netos, de absoluto y eficaz servicio público, concibo yo la incorporación de los actuales titulares a los escalafones del Estado»<sup>160</sup>.

Marcelino Pascua defendía la implantación del seguro de enfermedad obligatorio, ya que la sanidad pública disponía de medios limitados y, para alcanzar el nivel sanitario que consideraba adecuado, se necesitaban más recursos económicos; estos recursos los aportaría el seguro a través de las cuotas de obreros y patronos. Marcelino Pascua detallaba la aportación del seguro, según se extracta en los siguientes apartados<sup>161</sup>:

1º Mejoraría e incrementaría los medios de diagnóstico, al poder instalar rayos X, electrografía etc., para que llegasen a toda la sociedad.

2º El diagnóstico individual del médico, sobre todo en las zonas rurales, se sustituiría por un equipo de especialistas, *team work*, ayudado por los medios técnicos más avanzados.

3º Derivado de lo anterior, las autoridades sanitarias dispondrían de una mayor información para la toma de decisiones.

<sup>159</sup> Los sanitarios titulares reivindicaban, entre otras cuestiones, la integración en un Cuerpo de Funcionarios de la Sanidad Nacional, extinguiendo su dependencia de la Administración Local, con lo que sus retribuciones y su control dependerían de los Presupuestos del Estado, pero el problema para el Gobierno, seguramente, era ese: el elevado coste que supondría su integración para el presupuesto estatal. Entre otras cuestiones, la gestión local de las listas de beneficencia era criticada por los sanitarios titulares, los representantes de la Administración Local, en ocasiones, integraban en las listas de beneficencia a vecinos que no cumplieran con los requisitos establecidos para ser considerados pobres, a cambio de clientelismos políticos, o simples 'favores amistosos', lo que tenía repercusión directa en la actividad profesional y en las retribuciones de estos sanitarios. Finalmente, la Ley de coordinación sanitaria dictada en julio de 1934, les designará funcionarios técnicos del Estado, sin dejar de participar en sus retribuciones la Administración Local.

<sup>160</sup> Josep BERNABEU MESTRE. "La utopía reformadora de la segunda república: la labor de Marcelino Pascua al frente de la Dirección General de Sanidad, 1931-1933". *Revista Española de Salud Pública*, 74: 1-13. Madrid, 2000 (cf. págs. 6-7).

<sup>161</sup> Marcelino PASCUA. *El Seguro de Enfermedad y los médicos españoles [Conferencia impartida en el Ateneo de Madrid el día 26 de enero de 1934]*. Madrid: Unión Poligráfica, SA, 1934 (cf. págs. 38-44).



4º El seguro impulsaría la investigación sanitaria, pues todo progreso en la profilaxis de enfermedades repercutiría en un menor gasto en la asistencia sanitaria prestada por el seguro.

5º La mejora profiláctica y social también se fomentaría mediante la implantación de un programa de educación física e higiénica.

Por ello, Marcelino Pascua, definía su política como una «dirección socializante de la medicina». Se trataba de socializar el diagnóstico y el tratamiento; el médico no estaría solo, sino integrado en un equipo, y con los medios técnicos costeados por los asegurados; todo ello, con el objetivo de alcanzar una prestación sanitaria completa para el mayor número de ciudadanos, lo que repercutiría de forma inmediata en la sociedad al profundizar en las medidas profilácticas:

«La tendencia y dirección que el médico socializado tiene que imprimir a la práctica médica, forzará a sus profesionales a entrar en una vía de mayor preocupación científica, restableciendo el carácter, que tanto se ha desvirtuado en las últimas épocas, de alta y noble profesión (...) haciendo que cada uno de sus miembros profesionales, sobre todo por las ventajas que del trabajo en equipo se derivan un verdadero 'as', aunque callado y modesto, valga la paradoja. Su objetivo de servicio imbuido y pleno de espíritu profiláctico y preventivo, será el de servir al bien común, a la nación, a la humanidad, bajo el norte de un espíritu amplio, sin rencor, de más alta ética profesional que el presente. Señores: obvio que el mundo es cada vez menos un compartimento estanco»<sup>162</sup>

De la misma forma concluían los médicos Enrique Bardají López, Mariano Bellogín García y Pedro González Rodríguez, en una ponencia oficial presentada en el Primer Congreso Nacional de Sanidad, de mayo de 1934, cuando defendían que la medicina individual se debía sustituir por una medicina de equipo:

«Es que la asistencia médica se mantiene casi en los mismos términos y límites, que hace un siglo; esto es que se ejerce la medicina de tipo individual, acudiendo al médico de asistencia en los primeros momentos a todas las contingencias, y, si bien, en muchos casos basta, en una gran mayoría se requiere el concurso de uno o varios especialistas, a los que no se acude más que en un último extremo, porque son cuantiosos los gastos que ello supone, particularmente en el medio rural, donde no existen y hay que llevarlos, gastos que no pueden sufragar que, sin estar incluidas en el censo de la beneficencia disfrutan de modestos jornales o haberes (...) obliga a que esta medicina individualista sea constituida por la medicina de equipo, o sea la constituida por especialistas y establecimientos que completen la labor iniciada por el médico de asistencia»<sup>163</sup>.

<sup>162</sup> Marcelino PASCUA. *Op. cit. ut supra*, cf. pág. 46.

<sup>163</sup> Enrique BARDAJÍ LÓPEZ, Mariano BELLOGÍN GARCÍA, Pedro GONZÁLEZ RODRÍGUEZ. *El seguro social de enfermedad y la sanidad municipal*. Madrid: [s.n.], 1934 (cf. pág. 8).



Marcelino Pascua Martínez

Fotografía de A. Martín Nájera  
Fundación Pablo Iglesias [Madrid]

El Reglamento de sanidad municipal (1925), imponía a los Ayuntamientos obligaciones en las tres áreas sanitarias: asistencial, profiláctica y de saneamiento. Sin embargo, la actividad municipal era muy diferente, tanto en el medio rural como en el urbano, pues dependía de los escasos recursos disponibles. Si en el medio rural la actividad asistencial pública se efectuaba por los profesionales sanitarios titulares, en las ciudades, además de la organización benéfica municipal para la asistencia domiciliaria, existían, aunque insuficientes, centros de atención como las casas de socorro, centros específicos de tratamiento y hospitales.

Hay que tener en cuenta que la gran mayoría de ciudadanos no estaban en los grupos establecidos para recibir asistencia pública gratuita (pobres, personas con enfermedades evitables o con algunas enfermedades sociales); por ello, la mayoría de la población recibía asistencia médica con financiación privada, bien por el pago directo de cada servicio médico y farmacéutico recibido, bien por la pertenencia a algún seguro de tipo privado, el más numeroso era el organizado mediante 'iguales' de un facultativo individual, sobre todo en el medio rural. Por lo que, en la mayoría de los casos, cuando se

requería el concurso de algún otro especialista, el individuo quedaba sin protección al carecer de los recursos suficientes para costearlo.

Por consiguiente, el objetivo inmediato del Gobierno de la II República consistió en incrementar la medicina de equipo, mediante la creación de centros primarios y secundarios de higiene rural, ajustados a las recomendaciones internacionales de las recientes Conferencias de Higiene, celebradas en Budapest y Ginebra, y la transformación de los Institutos provinciales de higiene en centros terciarios de sanidad. Todos esos centros, además de actividad asistencial, efectuaban actividades de medicina preventiva, pues la actividad preventiva y de saneamiento encargada por el Reglamento de 1925 a la Administración local, en el año 1931 era muy deficiente. Esta situación provocaba una alta mortalidad, incluso en enfermedades para las que ya existía tratamiento.

Por todo ello, los primeros meses del Gobierno de la República fueron muy intensos en producción normativa sanitaria, sobre todo para atender a enfermos tuberculosos o psiquiátricos, pues cuando estas enfermedades afectaban a las clases obreras tenían una deficiente asistencia, además de una inadecuada prevención. Para la lucha contra la tuberculosis se aprueba el Decreto de 22 de abril de 1931 (*Gaceta de Madrid*, 24-IV-1931), con el que se declara disuelta la Junta Central Administrativa del Real Patronato de Lucha Antituberculosa, pasando a depender la organización de esta actividad, con todos sus servicios (sanatorios, dispensarios, preventorios etc.), de la Dirección General de Sanidad, hasta entonces la actividad estaba dividida en dos: los servicios dependientes de la Dirección General de Sanidad y los dependientes del Real Patronato. Por ello, se consigue la unificación de la dirección y se refuerza el carácter técnico, evitando la actividad meramente representativa de la clase pudiente. Para conseguir la unificación de la dirección local, se aprueba el Decreto de 18 de junio de 1931 (*Gaceta de Madrid*, 20-VI-1931), mediante el cual se disuelven las Juntas provinciales y locales, dependientes del extinguido Real Patronato, creando Comisiones gestoras de lucha antituberculosa. Y, en la Dirección General de Sanidad, dependiente de la Inspección General de Instituciones Sanitarias, se crea, mediante la Orden de 20 de mayo de 1931 (*Gaceta de Madrid*, 23-V-1931) una sección denominada 'Tuberculosis', con el objeto de que sirviera de centro de unión de todos los dispensarios para la distribución de enfermos y su hospitalización en sanatorios, preventorios etc., y para dirigir la propaganda de lucha antituberculosa, como actividad preventiva.

También hay que destacar la regulación de la asistencia a los enfermos psiquiátricos, debido a las penosas condiciones en las que eran atendidos. Primero se aprueba el Decreto de 3 de julio de 1931 (*Gaceta de Madrid*, 7-VII-1931), mediante el cual se regula la asistencia a enfermos mentales, en su exposición de motivos se indica que, «la asistencia del enfermo psiquiátrico exige en nuestro país, con gran urgencia, una transformación íntegra de la legislación vigente reguladora de las relaciones entre aquél y los establecimientos públicos y privados exclusivamente dedicados a este objeto», cuestión agravada «por el carácter y funcionamiento de los manicomios, prisiones más que propias clínicas médicas». Posteriormente, mediante el Decreto de 10 de noviembre de 1931 (*Gaceta de Madrid*, 12-XI-1931), se funda el Consejo Superior Psiquiátrico, dependiente de la Dirección General de Sanidad, como presidente se nombra al neurólogo Gonzalo Rodríguez Lafora; unos días más tarde, se aprueba la Orden de 27 de noviembre de 1931 (*Gaceta de Madrid*, 2-XII-1931) estableciendo, en cada Inspección provincial de Sanidad, una sección de psiquiatría y enfermedades mentales que dependería de la Sección de Psiquiatría e Higiene Mental, adscrita a la Dirección General de Sanidad, que había sido creada por el artículo 7º del mencionado Decreto de 3 de julio.

Ese mismo año, la estructura de la Dirección General de Sanidad se había reforzado, mediante la creación de diversas Secciones, con la pretensión de especializar y dirigir su actividad política sanitaria en las áreas consideradas más deficientes. En concreto, se aprueban tres Decretos el mismo día 13 de octubre de 1931 (*Gaceta de Madrid*, 14-X-1931), mediante los cuales se crean las Secciones de Ingeniería y Arquitectura Sanitarias, la de Higiene Infantil, y la de Higiene Social y Propaganda, con objeto, respectivamente, de mejorar la higiene y salubridad de las ciudades y el saneamiento del medio rural; de luchar contra la mortalidad infantil, que en 1930 alcanzaba 117 fallecidos por cada 1000 nacidos vivos, duplicando la tasa de otras naciones europeas; y de contar con un órgano apropiado de asesoramiento y de ejecución directa en materias relacionadas con la higiene social, alcoholismo, enfermedades venéreas, sexuales, cáncer, etc., y con un departamento de propaganda de higiene personal y pública<sup>164</sup>.

---

<sup>164</sup> A esta normativa sanitaria se une otra, aprobada mediante dos Decretos de 20 de abril (*Gaceta de Madrid*, 21-IV-1931): el primero para dar carácter oficial a la Liga Española contra el Cáncer y el segundo para que la Cruz Roja Española, con su organización y servicios de hospitales, dispensarios, consultorios y otras instituciones, pasaran a depender directamente de la Dirección General de Sanidad.

### 1.3.1. La Constitución de 1931

Antes del final del primer año del nuevo Gobierno, se aprobó la Constitución de la República Española, publicada en la *Gaceta de Madrid* el 10 de diciembre de 1931. En ella se establecían preceptos dedicados a la sanidad pública que, hasta entonces, sólo se habían incluido en la Constitución de 1812, pues las Constituciones posteriores no dedicaron ninguna disposición a esta materia. En concreto, los artículos 14 y 15 de su Título I se referían a la «Organización Nacional», y, en su Título II, dedicado a los «Derechos y deberes de los españoles», se contenía el último párrafo del artículo 43, del capítulo II «Familia, economía y cultura».

En el artículo 14 se recogía que, entre las competencias exclusivas del Estado español, se encontraba la legislación y la ejecución directa de la «defensa sanitaria en cuanto afecte a intereses extrarregionales». Y, en su artículo 15, se fijaban las competencias en materia sanitaria del Estado y las posibles competencias de las regiones autónomas respecto a la sanidad interior, «corresponde al Estado español la legislación; y podrá corresponder a las regiones autónomas la ejecución, en la medida de su capacidad política, a juicio de las Cortes, sobre las siguientes materias: (...) 7. Bases mínimas de la legislación sanitaria interior».

El artículo 43 encargaba al Estado atender a la población más vulnerable. Por un lado, debía prestar asistencia a los ancianos y enfermos en general; y, por otro, debía proteger la maternidad y la infancia. El literal establecía, «el Estado prestará asistencia a los enfermos y ancianos, y protección a la maternidad y a la infancia, haciendo suya la 'Declaración de Ginebra' o Tabla de los Derechos del Niño».

---

Junto a ésta ha de citarse el Decreto de 21 de abril de 1931 (*Gaceta de Madrid*, 24-IV-1931) por el que se permitía a los almacenistas autorizados, las importaciones de medicamentos de fabricación industrial y productos estupefacientes para atender las necesidades del mercado, de forma transitoria, y la regularización de la profesión de matronas, exigiendo el título profesional para pertenecer al Colegio Oficial de Matronas, en vez, de la hasta entonces inespecífica, 'certificación académica de estudios que se estima como justificante para tal efecto' (Decreto de 22-IV-1931). También el Reglamento del Instituto Técnico de Farmacobiología del 2 de junio de 1931 (*Gaceta de Madrid*, 10-VI-1931).

En cuanto a los Institutos provinciales de Higiene, pasan a depender administrativamente de la mancomunidad municipal, formada por todos los Ayuntamientos de la provincia, mediante el Decreto de 31 de julio de 1931 (*Gaceta de Madrid*, 2-VIII-1931), debido a que, a partir del 21 de abril, las Diputaciones provinciales son regidas por Comisiones gestoras y la dependencia de dichos Institutos no se había especificado.

Por último, se aprueba un Decreto de 13 de octubre de 1931 (*Gaceta de Madrid*, 14-X-1931), por el que se crea una Comisión Permanente de Investigaciones Sanitarias, dependiente administrativamente de la Dirección General de Sanidad, y nombra a sus componentes: presidente, Jorge Francisco Tello Muñoz, cuatro vocales, Gregorio Marañón Posadilla, Gustavo Pittaluga Fattorini, Manuel Tapia Martínez y Sadí de Buen Lozano y, como secretario, José Domingo Hernández Guerra.

Al año siguiente, mediante la Ley de 15 de septiembre de 1932 (*Gaceta de Madrid*, 21-IX-1932) se aprobó el Estatuto de Cataluña; en el artículo 12 del Título II, dedicado a las «Atribuciones de la Generalidad de Cataluña», se decía que, «corresponderá a la Generalidad de Cataluña la legislación exclusiva y de ejecución directa de las funciones siguientes: (...) f) Cooperativas, Mutualidades y Pósitos (...)». Esta competencia que la Constitución Republicana no había reservado al Estado, la asumió y desarrolló la Generalidad mediante la Ley de bases de cooperación para las cooperativas, mutualidades y sindicatos agrícolas, de 17 de febrero de 1934 (*BOGC*, 20-II-1934), seguida de la Ley de cooperativas, de 17 de marzo de 1934 (*BOGC*, 22-III-1934) y de la Ley de mutualidades, de 22 de marzo de 1934 (*BOGC*, 27-III-1934). En la mencionada Ley de cooperativas catalanas, en su artículo 51, se definían las de tipo sanitario, como las «formadas por asociaciones que tengan por objeto los siguientes servicios: a) (...) Clínicas, dispensarios, hospitales, sanatorios, casas de reposo o convalecencia, preventorios (...). b) Establecimientos de farmacias para el despacho de fórmulas y específicos (...)».

Y en la Ley de mutualidades catalana, en su artículo 13, se recogían los riesgos protegidos; así, a los clásicos «a) enfermedad; b) invalidez (...); i) accidentes», se añadía ‘cualquier otro’, de la siguiente forma: «f) Y cualquier otra clase de subsidios o forma de previsión social que tienda a amparar a los seres humanos en cualquier circunstancia y tiempo, a base, sin embargo, siempre de mutualidad pura». En su artículo 14, la Ley catalana recogía las prestaciones de estas entidades: «los socorros podrán ser indistintamente en metálico, asistencia médica, asistencia farmacéutica, prestación personal en el campo o en el taller, hospitalización y cualquier otra forma compatible con esta Ley». Como vemos, de la misma forma que los riesgos protegidos, las prestaciones tenían un carácter muy amplio.

En este mismo año 1932, Marcelino Pascua aprueba, por delegación del Ministro de la Gobernación, la Orden de 22 de abril (*Gaceta de Madrid*, 23-IV-1932), por la que se fundan quince centros secundarios de higiene rural<sup>165</sup>, que durante la República

<sup>165</sup> Se crearon los siguientes centros: Hellín (Albacete), Alcoy (Alicante), Reinosa (Santander), Plasencia (Cáceres), Sigüenza (Guadalajara), Jaca (Huesca), Linares (Jaén), Algeciras (Cádiz), Lorca (Murcia), Talavera de la Reina (Toledo), Villalón (Valladolid), Villafranca del Bierzo (León), Valdepeñas (ciudad Real), Peñaranda de Bracamonte (Salamanca) y Pozo-Blanco (Córdoba).

alcanzaron la cifra de cuarenta y cinco<sup>166</sup>, al frente de cada uno se nombraría a un médico del Cuerpo de la Sanidad Nacional, que debía actuar por delegación del Inspector provincial de Sanidad, y tendría a su cargo, para evitar duplicidades, todas las instituciones dependientes del Inspector provincial de Sanidad de su zona. A estos oficiales sanitarios se les asigna, «todos los trabajos de carácter exclusivamente técnicos encomendados a estos funcionarios [los inspectores provinciales], muy especialmente los que se refieren a estudios demográficos-sanitarios, higiene social, propaganda higiénica, lucha contra la mortalidad infantil y enfermedades evitables», y de estas funciones debían dar cuenta, semanalmente, al Inspector provincial, quien lo trasladaría a la Dirección General de Sanidad.

En consecuencia, se reforzó la estructura sanitaria estatal a nivel provincial, pues los centros rurales de higiene se complementaron con los centros secundarios de higiene y con los institutos provinciales de sanidad. Aunque esta estructura se basaba en las recomendaciones del Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones<sup>167</sup>, se proyectaban teniendo prevista la implantación del seguro obligatorio de enfermedad. Pero esta reforma no se vio con buenos ojos por determinados colectivos de profesionales sanitarios (médicos y farmacéuticos titulares), como señala Josep Luis Barona:

«La situación en la que quedaba el cuerpo de médicos y farmacéuticos titulares, frente a la nueva propuesta organizativa fue una de las que suscitó más polémica y debate. Este colectivo mostró una clara oposición a las propuestas de reforma sanitaria que se plantearon durante la II República, y más concretamente a la política sanitaria de los primeros gobiernos republicanos. La creación de los centros de higiene y la amenaza de implantación del Seguro Obligatorio de Enfermedad, venían a complicar la cuestión de los titulares. Situaban en un primer plano los problemas en los cobros de sus honorarios, la polémica de las igualas, o la competencia que a los médicos titulares podían plantear los médicos de ejercicio libre o en un futuro los médicos asalariados del Seguro»<sup>168</sup>.

---

<sup>166</sup> Juan ATIENZA FERNÁNDEZ, Benito DÍAZ DÍAZ, Esteban RODRÍGUEZ OCAÑA. *El Centro secundario de higiene rural de Talavera de la Reina*. Talavera de la Reina (Toledo): Colectivo de Investigación histórica Arrabal [UNED], 2008 (cf. pág. 28).

<sup>167</sup> Las recomendaciones y minutas de la Conferencia Europea de Higiene Rural, celebrada en Ginebra del 29 de junio al 7 de julio de 1931, fueron publicadas por la Organización de Higiene de la Liga de las Naciones en sendos folletos de 59 y 187 páginas; sobre el desarrollo de esta Conferencia cf. Josep Lluís BARONA VILAR, Josep BERNABEU MESTRE. *La salud y el Estado. El movimiento sanitario internacional y la administración española (1851-1945)*. Valencia: Universitat de Valencia, 2008 (en especial, págs. 216-229).

<sup>168</sup> Josep BERNABEU MESTRE. "La contribución del exilio científico español al desarrollo de la salud pública venezolana. Santiago Ruesta Marco, 1938-1969". En: Josep Lluís Barona Vilar (ed.). *La Ciencia, salud pública y exilio (España 1875-1939)*: 223-256. Valencia: Universitat de València, 2003 (cf. pág. 231).

Marcelino Pascua, en una conferencia de enero de 1934, impartida en el Ateneo de Madrid, recordaba la oposición de los médicos titulares a la instalación de centros de higienes rural:

«Protesta de la extensión y desarrollo de la sanidad pública, como es el caso de la bien registrada oposición contra la instalación de los centros de higiene rural»<sup>169</sup>.

El propio presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, José Pérez Mateos, en una conferencia pronunciada el 14 de octubre de 1932, en la segunda sesión de la asamblea ordinaria de representantes de la Asociación Oficial de Médicos Titulares Inspectores Municipales de Sanidad, realizaba las siguientes reflexiones muy críticas con los seguros sociales: aunque entendía que debían implantarse para la atención del obrero, demandaba una salida profesional adecuada a los médicos que no se integrasen en el seguro de enfermedad, además de solicitar que los seguros sanitarios dependieran de la estructura orgánica y funcional del Ministerio de Sanidad:

«Todos los seguros los realizan sanitarios y deben engranarse en el Ministerio de Sanidad, del cual presenta un esquema organizador. Le constituirán tres secciones: en la primera, la medicina preventiva y profiláctica; en la segunda, la asistencia pública, y en la tercera, los seguros sociales (...) Ha sido aspiración de médicos y farmacéuticos a través del tiempo el pasar a ser funcionarios del Estado. Era un ideal tan sencillo y seductor, que arrastraba a la masa, sin obligarle a esfuerzos de imaginación, porque todos veían asegurado su pan presente y futuro, conjuntamente con la rendición de los caciques. Esta aspiración es muy respetable, pero debe hacerse ver la imposibilidad por el sacrificio que exigiría a la Hacienda de pasar al Estado. Es necesario recoger esa aspiración y realizarla por otro camino, ya que se nos cierra este. Pero ¿es que se puede realizar por otro camino? Si (...) el Consejo de Colegios pensó que podría resolverse el problema enfocándolo por el lado de la asistencia pública, en vez del sanitario. Y tras maduro estudio, esbozó la siguiente organización:

En cada provincia o región se crearía una Delegación de Sanidad con tres inspectores a sus órdenes; uno de higiene, otro de medicina curativa y el tercero de seguros sociales (...) esta organización no solo resuelve el problema presente sino el futuro. Las clases médica y farmacéutica están amenazadas de un grave peligro por la implantación, poco meditada, de los seguros sociales, que se llevará a la *Gaceta* por presión de elementos no técnicos. Esta implantación debe ser aceptada en lo que tiene de beneficio para los obreros y menesterosos; pero los que han corrido nación por nación estudiando el seguro, han visto que la colectividad médica no está satisfecha en ninguna parte. Los propagandistas del seguro son los que se llevan el botín (...) no obstante debemos aceptar el seguro (...) en Alemania por cada médico al servicio del seguro hay cinco empleados que viven de su trabajo. Así se explica que quiebren las Cajas (...) la clase médica debe oponerse a esa forma de implantación, pero sin levantar bandera negativa,

<sup>169</sup> Marcelino PASCUA. *El Seguro de Enfermedad y los médicos españoles [Conferencia impartida en el Ateneo de Madrid el día 26 de enero de 1934]*. Madrid: Unión Poligráfica, SA, 1934 (cf. págs. 34).



presentando otra forma de prestar el servicio (...) [sigue hablando de] la organización de la higiene pública en diferentes países. Los centros secundarios deben multiplicarse, pero circunscribiendo sus funciones de asesoramiento, al diagnóstico, al auxilio del médico. Pero si derivan a la asistencia pública y son policlínicas subvencionadas por el Estado, resultarán perjudiciales para los médicos. En Alemania, cuando las sociedades de seguros chocan con sus médicos, les reducen a la obediencia amenazándoles con crear esta clase de centros, absorben la clientela libre, mermando los ingresos del rural y royendo su prestigio. Esto se evitaría en nuestro proyecto con los centros prehospitalarios, en los cuales el médico de familia puede seguir asistiendo a sus enfermos»<sup>170</sup>.

Estos conflictos con los médicos, y en concreto con los sanitarios titulares, desencadenarían la dimisión, en abril de 1933, de Marcelino Pascua Martínez<sup>171</sup>. Por lo que la estructura quedaría inacabada en el primer bienio del Gobierno de la República; en la segunda etapa no avanzó, al ser un periodo conservador y, en la tercera etapa del Gobierno de la República, aunque se retomó, tampoco se pudo concluir, al sobrevenir importantes problemas en todos los ámbitos de la sociedad española.

Asimismo, continúa la actividad reguladora para disminuir la mortalidad por tuberculosis, de esta actividad se puede destacar la Orden del Ministro de la Gobernación, el masón Santiago Casares Quiroga, de 7 de mayo de 1932 (*Gaceta de Madrid*, 12-V-1932), por la que se organiza la entrada en funcionamiento del nuevo servicio de prevención antituberculosa de niños menores de dos años. A estos niños se les adscribe al preventorio infantil de Guadarrama, pero se les distribuye entre familias campesinas de las proximidades que perciben dos pesetas diarias por niño atendido, aunque la vigilancia de la atención dependía del dispensario de lactantes, que se encargaba del suministro de leche, de las consultas y de la enfermería. También se puede destacar la Orden del mismo Ministerio, de 12 de mayo de 1932 (*Gaceta de Madrid*, 14-V-1932), por la que se desglosa una partida consignada en el presupuesto de gastos del Estado para «toda clase de gastos que origine la instalación y sostenimiento de personal como de material, de 20

<sup>170</sup> José PÉREZ MATEOS. "Asamblea ordinaria de representantes de la asociación oficial de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad: Segunda sesión, la conferencia del Dr. Pérez Mateos". *El Siglo Médico*, 90(4115): 445-446. Madrid, 1932.

<sup>171</sup> Josep Bernabeu Mestre, califica de 'acoso', la actitud de la Asociación de Sanitarios Titulares hacia Marcelino Pascua: «La crispación política que dominaba la escena política nacional, agudizaba el acoso a que estaba siendo sometido Marcelino Pascua por parte de la Asociación de Sanitarios Titulares» (Josep BERNABEU MESTRE. "La utopía reformadora de la segunda república: la labor de Marcelino Pascua al frente de la Dirección General de Sanidad, 1931-1933". *Revista Española de Salud Pública*, 74: 1-13. Madrid, 2000; la cita en pág. 1).

dispensarios antituberculosos» de ese ejercicio presupuestario<sup>172</sup>; este desglose pretende detallar el límite de crédito destinado a gastos de personal y el destinado a gastos de mantenimiento e instalación de dispensarios antituberculosos, asegurando así el reparto equilibrado de la dotación para conseguir la mayor eficiencia del servicio sanitario antituberculoso. Asimismo se destaca la Ley de 15 de septiembre de 1932 (*Gaceta de Madrid*, 17-IX-1932), mediante la cual se establece la forma de provisión de plazas, la resolución de expedientes y la percepción de haberes de los Inspectores municipales de Sanidad, y su reglamento de desarrollo, que se publica mediante la Orden Ministerial de 7 de marzo de 1933 (*Gaceta de Madrid*, 9-III-1933). En este Reglamento se establecía que la demora en el pago de las dotaciones asignadas en los presupuestos municipales para los Inspectores, se podría reclamar ante el Gobierno civil, quien asumiría la tramitación de la demanda judicial correspondiente.



Santiago Casares Quiroga [1931]    Julián Besteiro Fernández [1912]

Fotografía de prensa  
Mundo Gráfico, 22-IV-1931

Fotografía de prensa  
*Vida Socialista*, 6-X-1912

Un avance más se produce en la norma aprobada el 30 de este mismo mes de marzo de 1933 (*Gaceta de Madrid*, 31-III-1933), en ella se recoge que en cada capital de provincia se establezca un servicio de higiene infantil, adscrito a los Institutos provinciales de Higiene, con competencias respecto a todas las poblaciones de cada provincia y a los que se adscribía un médico puericultor y una enfermera visitadora. En cada servicio se

<sup>172</sup> Mediante la Ley de 26 de diciembre de 1931 (*Gaceta de Madrid*, 27-XII-1931) se prorrogaron los presupuestos de 1931 para el primer trimestre de 1932 (la cuantía proporcional trimestral); por lo que la Ley de 31 de marzo de 1932 (*Gaceta de Madrid*, 1-IV-1932), que aprobó los presupuestos para el año de 1932, incluye en su cuantía total la aprobada para el primer trimestre de 1932.

establecían tres tipos de consultas: higiene prenatal, lactantes e higiene escolar. En tanto se ponían en marcha estos servicios se crearon diversos dispensarios móviles.

Pocos meses después, se adelanta en la reorganización de la atención sanitaria de otras enfermedades con elevada incidencia en la población; en concreto, el tracoma y otras causas de ceguera y las enfermedades venéreas. Para ello se aprueban dos Decretos: de 7 de abril de 1933 (*Gaceta de Madrid*, 20-IV-1933) y de 29 de julio de 1933 (*Gaceta de Madrid*, 5-VIII-1933), ambos propuestos por el Ministro de la Gobernación, Santiago Casares Quiroga<sup>173</sup>. El primer Decreto especifica la labor de inspección en fábricas, centros de enseñanza y domicilios, también detalla la atención que se debe prestar a los enfermos y la propaganda sanitaria destinada a la prevención del tracoma y otras causas de ceguera, imponiendo una consulta gratuita como mínimo en los dispensarios de lucha contra estas enfermedades. El segundo Decreto crea un Instituto Nacional de Venerología, con el fin de impulsar la investigación, coordinar la labor de las administraciones públicas destinada a estas enfermedades y asesorar a la Dirección General de Sanidad; en la exposición de motivos de este Decreto se recoge el objetivo del Gobierno de poner en marcha un plan nacional que abarque a todas las enfermedades y, hasta que se apruebe ese plan nacional, el Gobierno decide la organización de la atención específica de las enfermedades con mayor incidencia en la población.

El núcleo de ese plan nacional para abarcar la asistencia sanitaria de todas las enfermedades era la implantación del seguro social obligatorio de enfermedad para los trabajadores y sus familias que, unido a una asistencia para las personas sin recursos, daría lugar a un Sistema Nacional de Salud.

Al final de su etapa al frente de la Dirección General de Sanidad, Marcelino Pascua reflexionaba:

«España no entrará en una reorganización sanitaria, muy particularmente en su aspecto de medicina curativa de gran fuste y escala, hasta que no se implante el seguro de enfermedad, aplicable a grandes masas de población. Este será el momento cumbre y la vía de progreso por donde llegue a la nacionalización

---

<sup>173</sup> En esta fecha, al frente de la Dirección General de Sanidad se encontraba Julio Bejarano Lozano, nombrado mediante Decreto de 19 de mayo de 1933 (*Gaceta de Madrid*, 20-V-1933), pero dimitió a los pocos meses (Decreto 15-IX-1933. *Gaceta de Madrid*, 18-IX-1933). A partir de este momento, los nombramientos de Director general de Sanidad se sucedieron en breve espacio de tiempo: José Verdes Montenegro, nombrado el 19 de septiembre de 1933 (*Gaceta de Madrid*, 20-IX-1933) y cesado el 12 de octubre de 1933 (*Gaceta de Madrid*, 13-X-1933), le seguiría José M<sup>a</sup> Gutiérrez Barreal, nuevamente José Verdes Montenegro y, tras él, Víctor Villoria Sánchez, Rafael Castejón y Martínez de Ariola, Mariano Fernández Horque y Jesús Jiménez Fernández de la Reguera, quien la ocupó desde abril de 1936; en mayo de 1936, Jesús Jiménez Fernández de la Reguera fue nombrado representante del Estado en el Consejo de Patronato del Instituto Nacional de Previsión.

de la medicina curativa y se refuerce y consolide la estatificación de la preventiva»<sup>174</sup>.

Sin duda, acertó en sus predicciones. El amplio desarrollo normativo en materia de sanidad y beneficencia en este periodo de Gobierno de la II República se acompañó de un incremento, en igual proporción, de la dotación presupuestaria necesaria para la atención de los gastos previstos por la mejora de dichos servicios públicos.

En las tablas II y III, que se incluyen a continuación, se efectúa una comparación de los presupuestos de gastos destinados a las actividades sanitarias, en el año anterior al inicio de la II República (1930) y de los presupuestos elaborados en el año posterior (1932) para su ejecución en el año 1933. Se ha seleccionado ese año 1932 de elaboración presupuestaria, por tratarse del primer ejercicio económico completo de Gobierno republicano<sup>175</sup>.

El presupuesto para el año 1930 se aprobó mediante Real Decreto-Ley de 3 de enero de 1930 (*Gaceta de Madrid*, 4-I-1930), siendo Ministro de Hacienda José Calvo Sotelo, en el reinado de Alfonso XIII, con una previsión de ingresos de 3.669.672.082,50 pesetas y un límite de gastos de 3.637.684.168,31 pesetas. El presupuesto de la República para 1933 se aprobó mediante la Ley de 28 de diciembre de 1932 (*Gaceta de Madrid*, 29-XII-1932), con una previsión de ingresos de 4.722.156.870,73 pesetas y un límite de gastos de 4.727.283.292,90 pesetas<sup>176</sup>, siendo los máximos representantes del

<sup>174</sup> Josep BERNABEU MESTRE. "La utopía reformadora de la segunda república: la labor de Marcelino Pascua al frente de la Dirección General de Sanidad, 1931-1933". *Revista Española de Salud Pública*, 74: 1-13. Madrid, 2000 (cf. pág. 11).

<sup>175</sup> Algunos de los gastos desglosados contienen conceptos que no corresponden a materia sanitaria (general o benéfica), al estar integrados en un concepto genérico no es posible su diferenciación; pero ocurre en ambos presupuestos, por lo que la comparación está mínimamente afectada.

<sup>176</sup> La liquidación presupuestaria en ambos ejercicios fue la siguiente:

Ejercicio	Derechos reconocidos y liquidados [millones de pesetas]	Obligaciones reconocidas y liquidadas [millones de pesetas]	Desviación de los gastos / ingresos
1930	4.948,4	4.284,6	236,2 (5,83 %)
1933	4.958,5	4.980,7	22,20 (0,45 %)

Los primeros presupuestos que elabora el Gobierno de la República son los aprobados mediante la Ley de 31 de marzo de 1932 (*Gaceta de Madrid*, 1-IV-1932), donde se contiene el importe total de los créditos para todo el ejercicio de 1932. En esta Ley se establece un importe total para gastos de 4.469.862.488,48 pesetas, y los ingresos se calculan en 4.550.248.192 pesetas, por lo que, ya se contiene un porcentaje de incremento superior al 21% respecto al último presupuesto elaborado por el anterior Gobierno (1931), tanto en gastos como en ingresos. Los presupuestos para el ejercicio 1931 fueron prácticamente los mismos que los de 1930, ya que, mediante el Real Decreto de 3 de enero de 1931 (*Gaceta de Madrid*, 6-I-1931) se estableció que «Durante el año económico de 1931, (...) regirán los Presupuestos autorizados para 1930 (...) con las modificaciones que en los mismos imponen las reorganizaciones acordadas en los servicios (...). En su virtud se consideran autorizados para 1931 los créditos (...) por un importe de 3.690.945.672,10 pesetas. Los ingresos ordinarios para el mismo ejercicio se calculan en 3.753.654.000 pesetas», por lo que el incremento aprobado por el Gobierno anterior, para 1931, respecto a 1930, supuso un 0,57%.

Gobierno los masones Niceto Alcalá-Zamora y Torres, Manuel Azaña Díaz y Julián Besteiro Fernández, Presidente de la República, Presidente del Gobierno y Presidente de las Cortes Constituyentes, respectivamente.

El importe total del presupuesto de gastos destinado a prestaciones sanitarias en 1930 alcanzó un importe total de 14.047.518,35 pesetas y, las mismas materias, para el año 1933, se presupuestaron en 35.341.279,87 pesetas, por lo que, en números absolutos, se duplica el presupuesto. Por ello, en el año 1930, si se compara el presupuesto de gastos total de 3.637.684.168,31 pesetas, con el importe de 14.047.518,35 pesetas, dedicado a actividades sanitarias, se obtiene un porcentaje de 0,39 %. Mientras que una comparación similar para el año 1933, da lugar a un porcentaje de 0,75 %; en consecuencia, en números relativos, también se duplica el presupuesto.

A los presupuestos generales hay que añadir los presupuestos municipales, en éstos, en el año 1930, se destina un importe total de 60,1 millones de pesetas para salubridad e higiene y la cantidad de 48,9 millones de pesetas para beneficencia.

En el año 1933 estas cantidades se incrementan hasta alcanzar un importe total de 62,7 millones de pesetas para salubridad e higiene y 66 millones de pesetas para beneficencia<sup>177</sup>.

Tabla II. Presupuesto de gastos del Ministerio de la Gobernación para sanidad y beneficencia [1930] <sup>178</sup>		
	ADMINISTRACIÓN CENTRAL	
Capítulos	Conceptos	Importe [en pesetas]
1º Personal		
2º Beneficencia	Personal asesor consultivo Cuerpo facultativo Cuerpo de capellanes de la beneficencia del Estado Establecimientos generales	527.782,75
3º Sanidad	Personal adscrito a la Administración Central Instituto Nacional de Higiene 'Alfonso XIII' Servicio Epidemiológico Central	

<sup>177</sup> DIRECCIÓN GENERAL DEL INSTITUTO GEOGRÁFICO, CATASTRAL Y DE ESTADÍSTICA. *Anuario estadístico de España. Año XVI. 1930*. Madrid: Sucesores de Rivadeneyra, 1932 [Consultado en [www.ine.es/inebaseweb](http://www.ine.es/inebaseweb)]; DIRECCIÓN GENERAL DEL INSTITUTO GEOGRÁFICO, CATASTRAL Y DE ESTADÍSTICA. *Anuario estadístico de España. Año XVIII. 1932-1933*. Madrid: Sucesores de Rivadeneyra, 1934 [Consultado en [www.ine.es/inebaseweb](http://www.ine.es/inebaseweb)].

<sup>178</sup> Elaborada a partir de los datos económicos contenidos en el Real Decreto-Ley de 3 de enero de 1930 (*Gaceta de Madrid*, 4-I-1930).

	Dispensario antivenéreo de Madrid Sanatorio marítimo de Oza Sanatorio marítimo de Pedrosa Personal facultativo de Las Hurdes Hospital del Rey y nuevos pabellones de tuberculosos Sanatorio Lago (Guadarrama) Sanatorio de Malvarrosa Escuela y Museo Nacional de Sanidad Escuela Nacional de Puericultura Enfermería 'Victoria Eugenia' para tuberculosos Plantilla unificada del Cuerpo de Sanidad Nacional Estadística sanitaria Preventorio de Guadarrama	2.017.215,00
4º Material	Real Consejo de Sanidad Dirección General de Sanidad	24.000,00
6º Beneficencia	Inspecciones e investigaciones Impresiones Servicios y obras Sosténimiento de los establecimientos generales Socorros	2.004.910,00
7º Sanidad	Impresiones, encuadernaciones y suscripciones Defensa contra enfermedades evitables Subvenciones Instituto Nacional de Higiene 'Alfonso XIII' Inspecciones provinciales de Sanidad y regional del Campo de Gibraltar Escuela Nacional de Sanidad y Museo de Higiene Gastos diversos de material e imprevistos de las Inspecciones generales de sanidad exterior, sanidad interior e Instituciones sanitarias	4.100.293,59
	ADMINISTRACIÓN PROVINCIAL	
	Gobiernos civiles, Delegaciones, Sanatorios y Estaciones sanitarias Gastos diversos	1.373.836,00
9º Personal		
11º Sanidad	Inspecciones provinciales de sanidad	95.000
12º Sanidad exterior	Personal de las estaciones sanitarias de puertos y fronteras Servicios diversos	377.500,00
16º Sanidad [material]	Gastos de material ordinario y de escritorio de sanidad exterior Servicios cuarentenarios de hospitalidad de sanidad exterior Combustibles y desinfectantes Adquisiciones y construcciones de sanidad exterior Material de sanatorios marítimos Sanatorio de Lago (Guadarrama) Hospital del Rey (Chamartín de la Rosa) Enfermería 'Victoria Eugenia' para tuberculosos Escuela Nacional de Puericultura Estadística sanitaria Preventorio de Guadarrama Conservación de edificios sanitarios	3.089.280,00
42º Servicios de carácter temporal	Obras de reparación en el Hospital de la Princesa Ampliación de pabellones en el Manicomio de Nuestra Señora del Pilar de Zaragoza	437.701,02
<i>Importe total</i>		14.047.518,35

<p><i>Tabla III. Presupuesto de gastos del Ministerio de la Gobernación para sanidad y beneficencia [1933]<sup>179</sup></i></p>		
	SUBSECRETARÍA DE SANIDAD Y BENEFICENCIA	
Capítulos	Conceptos	Importe [en pesetas]
Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia	Subsecretario, gastos representación y secretaría Personal adscrito a la Administración Central de Sanidad Cuerpo Médico de Sanidad Nacional Personal médico de sanidad exterior no adscrito a Sanidad Nacional Personal técnico auxiliar subalterno de sanidad exterior Funcionarios administrativos sanitarios Personal facultativo de Las Hurdes Conductores de vehículos Indemnización al personal subalterno Sección de tuberculosis Sección de higiene infantil Sección de ingeniería y arquitectura sanitaria Sección de higiene de la alimentación Comisión Central Antipalúdica Servicio antitracomatoro Lucha contra la anquilostomiasis Lucha antivenérea nacional Higiene rural e higiene infantil Sanatorio marítimo de Oza Sanatorio marítimo de Pedrosa Sanatorio marítimo de Malvarrosa Sanatorio-leprosería nacional de Fontilles Dispensarios antituberculosos [veinte centros]	9.508.628,00
2º Dirección General de Beneficencia	Director, gastos de representación y secretaría Cuerpo facultativo Establecimientos generales	877.569,00
3º Sanidad	Material de oficina de la Subsecretaría Dirección General de Sanidad Sanidad exterior Inspecciones provinciales de sanidad Sección de psiquiatría e higiene mental Sección de propaganda sanitaria Sección de farmacia y restricción de estupefacientes Comisión permanente de investigaciones sanitarias Consejo Nacional de Sanidad Consejo Superior Psiquiátrico Comité ejecutivo nacional de lucha antituberculosa Estadística sanitaria Instituto Nacional de Higiene Instituto Nacional del Cáncer Instituto Técnico de Farmacobiología Instituto antipalúdico y de higiene rural de Navalmoral de la Mata (Cáceres) Instituto Nacional de Venerología Escuela Nacional de Sanidad Escuela Nacional de Puericultura Escuela de enfermeras visitadoras Centro de Higiene de Vallecas Preventorio de San Martín de Trevejo (Cáceres) Preventorio de Guadarrama	

<sup>179</sup> Elaborada a partir de los datos económicos contenidos en la Ley de 28 de diciembre de 1932 (*Gaceta de Madrid*, 29-XII-1932).

	Preventorio infantil de Píomal (Cáceres) Preventorio de San Rafael Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas Hospital Sanatorio Iturralde (Carabanchel bajo) Sanatorios marítimos (material) Sanatorio Lago de Tablada Sanatorio de Torremolinos Sanatorio antituberculoso de Alcohete Sanatorio antituberculosos El Deleite Sanatorio antituberculoso de Humera Sanatorio de Valdelatas Sanatorio Leprosaría nacional de Fontilles Dispensarios antituberculosos centrales (distritos de Buenavista, Hospital y Universidad) Dispensario de Higiene Mental Enfermería de Tuberculosos de San Martín de la Rosa Conservación de edificios sanitarios	10.068.055,00
4º 5º y 6º Beneficencia	Inspecciones e investigaciones Impresiones Sostenimiento de los establecimientos generales Asistencia social Servicios y obras Gastos de material de oficina, gastos diversos Servicio benéfico y asistencia social Instituciones diversas Subvenciones Auxilios a justificar Sostenimiento de los Asilos de San Juan y Santa María de El Pardo	7.545.207,49
7º Sanidad [Servicios de carácter temporal]	Ampliación del edificio de la Dirección General de Sanidad Construcciones de sanidad exterior Sección de propaganda sanitaria Sección de higiene Infantil Servicios de tuberculosis Instituto Nacional de Venerología Escuela Nacional de Sanidad Escuela-residencia de enfermeras visitadoras Preventorio infantil de Guadarrama Sanatorio 'El Deleite' Sanatorio 'La Pedrosa' Sanatorio-leprosería de Fontilles Dispensarios antivenéreos Dispensarios antituberculosos auxiliares Enfermería para tuberculosos de Chamartín Centro de higiene en Vallecas e higiene rural	6.997.500,00
8º Beneficencia [Servicios de carácter temporal]	Obras en establecimientos de beneficencia general Material científico para el Instituto Oftálmico Primera anualidad de amortización del préstamo concertado con los Asilos de El Pardo	344.320,38
Importe total		35.341.279,87





*Manuel Azaña Díaz*

*Óleo de Enrique Segura  
Ateneo de Madrid. Gabinete Azaña*

Las dos normas de asistencia sanitaria recopiladoras de la organización sanitaria nacional existente en este periodo son la Ley de bases de coordinación sanitaria de 1934 y el Decreto de coordinación sanitaria de 1935, que se detallan en el epígrafe siguiente. También hay que mencionar la última normativa aprobada en el mismo periodo, destinada a intensificar la lucha antituberculosa y contra las diversas causas de ceguera.

Mediante el Decreto de 29 de agosto de 1935 (*Gaceta de Madrid*, 3-IX-1935), aprobado a propuesta del Ministro de Trabajo, Sanidad y Previsión, Federico Salmón Amorín, se regula la organización de lucha antituberculosa; en su exposición de motivos se detalla la elevada incidencia de esta enfermedad en la población y la escasa dotación de instalaciones sanitarias existentes para la profilaxis y atención sanitaria de la enfermedad y, en base a las deficiencias observadas, se establece una minuciosa

atención sanitaria, en los dos ámbitos, tanto preventivo como asistencial<sup>180</sup>. En la mencionada exposición de motivos se indica que el origen de la escasa estructura sanitaria está en los pocos medios económicos que se asignan en comparación con los países vecinos. En concreto, se expone que el Estado español destina 60 céntimos por habitante y año, mientras que otros países aportan una media de tres pesetas (un 400% más que en España), además de «sumas importantísimas aportadas por las Cajas de seguros de enfermedad y entidades de previsión». Hay que tener en cuenta que sólo con el incremento de dotación en el presupuesto del Estado era imposible alcanzar la cifra de gasto de los países vecinos, sin embargo, se podría aproximar, si se establecían en España nuevas fuentes de financiación. La fuente de financiación más aceptada sería la derivada de la creación del seguro obligatorio de enfermedad, a semejanza de otros países europeos. Al mes siguiente, el ministro Salmón Amorín informaba que, entre los proyectos más inmediatos, preparaba dos proyectos de Ley, el de sanidad y el del seguro de enfermedad, a los que se unían los ya elaborados de asociaciones y de higiene mental:

«Están sobre la mesa de la Cámara el proyecto de Ley de Asociaciones y un proyecto de Higiene mental (...) he preparado y estoy preparando otros proyectos sobre salario mínimo vital y familia, unificación de seguros sociales complementada con el seguro de enfermedad, medidas para evitar el paro de los jóvenes y la ley de Sanidad»<sup>181</sup>.

Un mes después, el presidente del Consejo de Ministros informaba de que estaba preparado un gran plan de construcciones sanitarias, y para su atención, se incorporaría en los próximos presupuestos la dotación necesaria:

«En Sanidad –sigue diciendo el Ministro– preparamos un gran plan de construcciones sanitarias, que incorporaré al próximo presupuesto, a base de construcción de nuevos edificios, ampliar los existentes y habilitar otros. Especialmente se dedicarán a la lucha antituberculosa, antileprosa, y a la creación de colegios para enfermos mentales. El esfuerzo que nos proponemos realizar supone duplicar en poco tiempo nuestros medios de lucha contra estas enfermedades. Las estadísticas nos acusan que los medios de que dispone el estado Español, sumados a los de las corporaciones provinciales y locales, no

---

<sup>180</sup> El cálculo aproximado de enfermos tuberculosos en toda España, en ese año de 1935, alcanza una cifra de 300.000, respecto a un censo aproximado de 25 millones de habitantes. Sin embargo, excluida Cataluña (por su Estatuto), el número total de dispensarios antituberculosos del Estado solo suman 33, teniendo en cuenta que hay 16 provincias sin dispensarios y, de las provincias que tienen alguno, su distribución no es proporcional. Las mismas anomalías se observan en la dotación de sanatorios, en Madrid hay 7 sanatorios, con una cama por mil habitantes; en las 44 provincias restantes la ratio es de una cama por cada 15.000 habitantes (SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA. [MINISTERIO DE TRABAJO, SANIDAD Y PREVISIÓN]. *Pequeño anuario estadístico de España. Año I. 1936*. Madrid: Talleres tipográficos Plutarco, 1936 [Consultado en [www.ine.es/inebaseweb](http://www.ine.es/inebaseweb)].

<sup>181</sup> *La Vanguardia*, 15-IX-1935 (cf. pág. 22).

llegan a representar la décima parte de lo que necesitamos para combatir las enfermedades»<sup>182</sup>.

A propuesta del Ministro de Trabajo, Sanidad y Previsión, Enrique Ramos Ramos, dicho Decreto, de 29 de agosto de 1935, se deroga por otro posterior, de 9 de mayo de 1936 (*Gaceta de Madrid*, 12-V-1936), debido a que casi un mes antes se había establecido un Comité Central de Lucha Antituberculosa, por Decreto de 26 de marzo de 1936 (*Gaceta de Madrid*, 27-III-1936) y, a este Comité, se le encarga la elaboración de una propuesta definitiva de organización sanitaria, cuya primera aportación sería la reorganización médica recogida por el Decreto de 10 de julio de 1936 (*Gaceta de Madrid*, 14-VII-1936) y la dependencia de la Inspección provincial de Sanidad, establecida en el Decreto de 22 de agosto de 1936 (*Gaceta de Madrid*, 25-VIII-1936). También se establece un Comité Central de Lucha contra el Tracoma y otras causas de ceguera al que se encarga la elaboración de una propuesta de reorganización sanitaria para la lucha de esta enfermedad, mediante el Decreto de 9 de mayo de 1936 (*Gaceta de Madrid*, 12-V-1936).

Los aspectos relacionados con la previsión, durante este periodo republicano, se analizará en un próximo epígrafe (capítulo 2), dada su especial vinculación con el proyecto de Ley del seguro de enfermedad.

### 1.3.2. Principales manifestaciones jurídico-institucionales

#### *Ley de coordinación sanitaria* [1934]

La Ley de coordinación sanitaria de 11 de julio de 1934 (*Gaceta de Madrid*, 15-VII-1934) se dictó teniendo en cuenta las competencias que la Constitución asignaba al Estado, siendo Director General de Sanidad José Verdes Montenegro y Subsecretario de Sanidad el médico José Pérez Mateos<sup>183</sup>. La Ley establecía, en la base primera, la creación, en cada provincia, de un 'organismo administrativo' que denominaba Mancomunidad de Municipios de la provincia, al objeto de conseguir los fines de la sanidad pública y para una más perfecta organización y eficacia de los servicios sanitarios y benéfico-sanitarios encomendados a las Diputaciones y Ayuntamientos. Ese organismo

<sup>182</sup> La Vanguardia, 8-X-1935 (cf. pág. 24).

<sup>183</sup> «La inmensa labor que viene realizando el Consejo de Colegios de Médicos españoles (...) nos induce a indicar (...) la justicia de que estaría investido un homenaje a esos compañeros que constituyen el Consejo y a su ilustre fundador y presidente, el doctor Pérez Mateos, actual Subsecretario de Sanidad, cargo al que llegó por sus propios merecimientos, y no aupado por los razonamientos políticos, y desde el que realiza una austera labor sanitaria y social» (Juan FERNÁN PÉREZ. "El primer Congreso Nacional de Sanidad". *Blanco y Negro*, 6-V-1934: 182-185. Madrid, 1934; la cita en pág. 185).

administrativo actuaría por delegación del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión; quien asumiría la alta dirección técnica y administrativa de los servicios recogidos en la Ley.



José Pérez Mateos [1934]

Fotografía de prensa  
*Blanco y Negro*, 6-V-1934



José Verdes Montenegro [1934]

Fotografía de prensa  
*Blanco y Negro*, 6-V-1934

En diciembre de 1934, José Pérez Mateos defendería, desde las páginas de *Blanco y Negro*, la función social de la sanidad: proponía una mayor inversión en infraestructuras sanitarias, en particular en el medio rural, y una mayor coordinación entre las distintas administraciones públicas, pues, en definitiva, todas ellas tienen el mismo fin de servicio a la sociedad:

«En el año 1935 debería robustecerse la organización sanitaria nacional con el desarrollo, por parte del Estado, de un plan de obras urgentes, que nos saque del lamentable ocaso del momento actual.

Deberán establecerse normas de colaboración entre el Estado, la provincia y el municipio, para una acción sanitaria eficaz.

Se deberá iniciar una orientación para perfeccionar los servicios de asistencia pública medico-sanitaria en el medio rural, resolviendo de una vez para siempre la difícil situación presente de los sanitarios rurales.

La sanidad no debe ser una función exclusiva del Estado, mucho menos de Ayuntamientos y Diputaciones (...) Esta es la orientación social que la sanidad y la medicina no solo deberían tener en 1935, sino que están obligadas a ello si quieren gozar de la eficacia y respetos elementales»<sup>184</sup>.

<sup>184</sup> José PÉREZ MATEOS. "La orientación social". *Blanco y Negro*, 30-XII-1934: 198. Madrid, 1934.

Los servicios sanitarios y benéfico-sanitarios recogidos en la Ley seguirán teniendo el carácter municipal, provincial o interprovincial, pero siempre en concepto de servicios complementarios de la acción sanitaria del Estado. La sanidad será una función pública de colaboración reglada de actividades municipales, provinciales y estatales, bajo la dirección técnica y administrativa del Estado. Por tanto, las Mancomunidades serán, a un tiempo, Juntas 'representativas' de los Municipios y Juntas 'delegadas' del Estado, en una perfecta fusión de recursos económicos para la mayor eficacia de sus funciones. Para ello, en la base cuarta, se encomendaba a la Mancomunidad, previo Informe de los Inspectores Municipales de Sanidad, emitir, en el plazo de dos meses desde la promulgación de la Ley, un dictamen acerca de los problemas sanitarios de su provincia, en relación, sobre todo, a la mortalidad y morbilidad y a las medidas que estimaran más adecuadas para resolverlos. Y será el Ministerio quien realice las campañas necesarias para la reducción de dicha mortalidad y morbilidad en el campo y en las poblaciones del medio rural. En este periodo, y para este fin, se apuesta de forma decidida por la higiene y por la medicina preventiva, sobre todo en las zonas rurales; para ello se dispondrá de los recursos que figuren en los presupuestos municipales, provinciales y del Estado, siempre de forma coordinada. La Mancomunidad estará dirigida por una Junta administrativa, presidida por el Delegado de Hacienda de la provincia.

A través del detalle de los fondos de las Juntas, se pueden describir los diferentes servicios sanitarios; pues, en la base séptima, se establece que constituirán sus fondos:

1º Las consignaciones presupuestarias correspondientes a las dotaciones de todos los sanitarios municipales de la provincia (médicos titulares, farmacéuticos titulares, tocólogos, oftalmólogos, odontólogos, practicantes, comadronas, inspectores de higiene pecuaria, etc.).

2º Las cantidades correspondientes al tanto por ciento señalado para cada municipio para el sostenimiento de los Institutos Provinciales de Higiene.

3º El importe de la cuota de sostenimiento de enfermos tuberculosos, leprosos y mentales, acogidos a petición de las Diputaciones provinciales o Ayuntamientos en los sanatorios, preventorios, leproserías, colonias psiquiátricas y otros establecimientos contruidos por el Estado con carácter interprovincial.

4º Las consignaciones para nuevos servicios o ampliación de los actuales que las necesidades benéfico sanitarias exijan.

5º Los importes para la instalación, por cuenta del Estado, de centros de higiene rural, dispensarios y otros establecimientos sanitarios para cubrir deficiencias de los organismos locales o provinciales.

6º Las cantidades que, para la creación y sostenimiento de instituciones o servicios de puericultura, recaudan las Juntas Provinciales de Protección al Menor.

7º El 25 por 100 del papel de pagos al Estado que se liquida por los Inspectores Provinciales de Sanidad.

8º Las Juntas de las Mancomunidades de Municipios quedan facultadas para establecer conciertos para la prestación de servicios sanitarios y de transporte con las Organizaciones Provinciales de Asistencia Pública.

Por otro lado, la base decimonovena de la Ley, encarga al Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, dictar los reglamentos de constitución y régimen de funcionamiento de los Cuerpos de Farmacéuticos Titulares y de Médicos Titulares, al entender que se trata de una competencia estatal. En esta centralización de competencias sanitarias, la Ley también encarga, en su base cuarta, al Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, dictar las normas a que, en lo sucesivo, debieran ajustarse los ingresos de enfermos en los sanatorios, leproserías y resto de establecimientos del Estado; y la intervención que, en dichos ingresos, deba corresponder a las Juntas Administrativas Provinciales para asegurar la eficacia de la función sanatorial y el más recto criterio en las admisiones.

Por último, entendiendo la dimensión de la actividad sanitaria estatal, la Ley establece, en su única base adicional, que corresponde al Gobierno de la Nación la elaboración de un proyecto de Ley para la creación del Ministerio de Sanidad; quien, a su vez, debería enviar a las Cortes una nueva Ley orgánica de sanidad, donde se articulara, de un modo amplio y preciso, todas las actividades técnicas encaminadas al desarrollo de un plan positivo de reorganización sanitaria del país. El nuevo Ministerio y la nueva Ley orgánica pretendían la centralización de competencias sanitarias, sin embargo, al escindirse de Trabajo y Previsión, quedaría prácticamente al margen de la organización del seguro de enfermedad.

Isabel Carrasco señala que el proceso de centralización respecto de las Corporaciones locales se acentuó después de la promulgación de esta Ley de coordinación sanitaria, aunque esta centralización no pudo evitar una posterior dispersión de las competencias sanitarias entre los distintos Ministerios:

«Con posterioridad a esta Ley, que tuvo una corta existencia, pues se derogó durante la República, se acentúa el proceso de centralización, iniciado a principios de siglo, que provoca la pérdida progresiva de la capacidad municipal para organizar sus propios recursos; si bien, continúan participando en su sostenimiento económico, hasta que los profesionales de los distintos Cuerpos Sanitarios Locales pasaron a ser Funcionarios Técnicos del Estado al servicio de las Corporaciones Locales, percibiendo sus retribuciones de aquél, por la Ley de 1962 (...)

Merece especial mención el hecho de que, paralelamente al proceso de centralización de las competencias sanitarias, se produce el proceso de dispersión de las mismas; de tal manera que la mayoría de los Ministerios tenían competencias en dicho ámbito. Así se pueden mencionar, a modo de ejemplo:

- a) Agricultura, o antes Fomento, la Sanidad del Campo.
- b) Gracia y Justicia, la Sanidad Penitenciaria.
- c) Trabajo, la acción sanitaria de la Previsión Social y luego, de la Seguridad Social.
- d) Gobernación, como Ministerio técnicamente competente en la sanidad interior y exterior»<sup>185</sup>.

El cumplimiento de esta Ley no fue uniforme en las diferentes provincias españolas, a partir del momento en que estalló la guerra civil. En las provincias bajo el mando republicano quedó suspendida la aplicación de esa Ley sanitaria y anulados sus reglamentos de aplicación, en base al Decreto de Manuel Azaña de 29 de octubre de 1936 (*Gaceta de Madrid*, 30-X-1936). Mientras que, en las provincias bajo el mando del Ejército franquista, siguió vigente; así se estableció en la Orden de la Presidencia de la Junta Técnica del Estado, de 15 de diciembre de 1936 (*BOE*, 16-XII-1936).

#### *Decreto de Coordinación Sanitaria [1935]*

En cumplimiento de lo establecido en la Ley de coordinación sanitaria de julio de 1934, siendo Director General de Sanidad Mariano Fernández Horques, y mediante un Decreto dictado el 14 de junio de 1935 (*Gaceta de Madrid*, 19-VI-1935), se aprobaron los siguientes siete Reglamentos:

1. Reglamento económico-administrativo de las Mancomunidades Provinciales Sanitarias.
2. Reglamento técnico, de personal y administrativo, de los Institutos Provinciales de Higiene.
3. Reglamento del Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos Municipales.
4. Reglamento del Cuerpo de Odontólogos Municipales.

<sup>185</sup> Isabel CARRASCO. "Evolución del sistema sanitario español". En: Fernando Lamata. *Manual de Administración y Gestión Sanitaria*: 141-153. Madrid: Díaz de Santos, 1998 (cf. pág. 145).

5. Reglamento de Inspectores Municipales Veterinarios.
6. Reglamento del Cuerpo de Practicantes de Asistencia Pública Domiciliaria.
7. Reglamento de Matronas Titulares Municipales de España.

A los Institutos provinciales de Higiene les corresponde la colaboración, desde el punto de vista técnico, en un programa de reconstrucción sanitaria nacional, que se fija en un mínimo de atenciones:

- a) Protección a la madre.
- b) Protección al niño.
- c) Salud y vigilancia física de escolares y adolescentes.
- d) Saneamiento del medio.
- e) Profilaxis de las enfermedades evitables.
- f) Medicina social.
- g) Enseñanza popular de la Higiene.
- h) Investigación sanitaria.

La inclusión del concepto de medicina social se derivaba de los trabajos publicados por Alfred Grotjahn<sup>186</sup> al inicio del siglo XX, que habían sido asimilados por los países más prósperos. Otros autores, como Max Mosse y Gustav Tugendreich, en 1913, defendían que el fin de la medicina social consistía en igualar la esperanza de vida de todas las clases sociales; este fin coincidía con uno de los objetivos de la política sanitaria de la II República, por lo que esta especialidad de la Medicina se incluyó entre las actividades que debían desarrollar los Institutos provinciales de Higiene.

Fue en el siglo XIX cuando comienza a desarrollarse el concepto de higiene social en Europa, debido a que, a partir de la revolución industrial, se propagan determinadas enfermedades infectocontagiosas crónicas, muy relacionadas con el hacinamiento urbano generado por la emigración del campo a las ciudades y con la distribución desigual de los

---

<sup>186</sup> «Ya en 1898 Grotjahn había publicado un estudio sobre alcoholismo desde el punto de vista de la higiene social. En 1902, en colaboración con su amigo F. Kriegel, Grotjahn empezó la publicación de su revista anual sobre bibliografía de la higiene social, demografía y estadística médica. El enfoque que Grotjahn le daba al tema se puede deducir de los títulos de los temas de la bibliografía: 1) Metodología e historia de la higiene social; 2) Estadísticas demográficas y mortalidad; 3) Morbilidad, profilaxis y atención médica; 4) Higiene social del trabajo; 5) Higiene social de la nutrición; 6) Higiene social de la vivienda y del vestuario; 7) Higiene social de la infancia y la juventud; 8) Salud pública; 9) Teoría de la degeneración, patología constitucional e higiene sexual (...). La higiene se ha ocupado, tanto en la teoría como en la práctica, de los factores naturales dañinos que amenazan el organismo humano y de los medios para combatir y controlar esos factores. Esto era esencialmente higiene físico-biológica. Al aplicar los conocimientos de la física, de la química y la biología, referida al hombre a su medio natural. Pero Grotjahn insistía en que la higiene como ciencia no se puede restringir sólo a este aspecto. El hombre tiene además otra dimensión; es un ser social, y esto no puede ser pasado por alto» (George ROSEN. *De la policía médica a la medicina social. Ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. México, D.F., 1985; la referencia en págs. 114-115).



alimentos. En el año 1934, René Sand divide en cuatro las actuaciones que se derivarán de una adecuada planificación de medicina social; para llevar a cabo la cuarta actuación, denominada higiene social, defiende que las medidas sanitarias se deben complementar con otras de seguridad social, coincidiendo así con otro de los fines políticos de la II República, recogido en su constitución. En palabras de George Rosen, estas cuatro actuaciones básicas se concretan en:

«Antropología social, que se ocupa del estudio de las desigualdades físicas y mentales de las diferentes clases sociales.

Patología social, que estudia las variaciones, en relación con las clases sociales, de la incidencia, el curso y el desenlace de la enfermedad o, en otras palabras, las desigualdades sociales de la enfermedad y la muerte.

Etiología social, que busca las causas de estas diferencias en la herencia y en el medio ambiente.

Higiene social, que incluye tanto la terapia social como la profilaxis social y se refiere a la aplicación de medidas paliativas, curativas y preventivas de las enfermedades de origen social. En esto desempeñan una parte importante la seguridad social y la medicina ocupacional»<sup>187</sup>.

Los Inspectores Farmacéuticos Municipales serán considerados funcionarios técnicos del Estado a los efectos de la Ley de coordinación sanitaria<sup>188</sup>; entre sus obligaciones ya se regulaba la dispensación de medicamentos a los asegurados del previsto seguro de enfermedad, pues se les encomendaba «dispensar los medicamentos para las familias pobres de la Beneficencia Municipal y, en su día, para el Seguro de Enfermedad». Esta previsión respecto al seguro de enfermedad es debida a que la Constitución Republicana, en su artículo 46, establecía que «La República asegurará a todo trabajador las condiciones necesarias de una existencia digna. Su legislación social regulará: los casos de seguro de enfermedad...». La regulación estatal se elaboraba entendiendo que la implantación del seguro social de enfermedad sería inminente, sin embargo, tardaría más de siete años en aprobarse la Ley, debido a la rebelión militar y a la consiguiente guerra civil española.

Con la aceptación de la dependencia estatal del colectivo de sanitarios titulares, participando los municipios en sus retribuciones, uno de los principales problemas que frenaban la implantación del seguro de enfermedad, se había suavizado, quedaba aún por decidir su integración en la estructura asistencial del seguro, la coexistencia de las igualas, etc. Marcelino Pascua, en una conferencia dictada en enero del año 1934, siete meses

<sup>187</sup> George ROSEN. *Op. cit ut supra*, cf. pág. 124.

<sup>188</sup> Mediante el Reglamento de 16 de agosto de 1930, se había constituido el Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos.

antes de aprobarse la Ley de coordinación sanitaria, respondía a la pregunta «¿Cuáles son las grandes peticiones inmediatas que hacen los médicos titulares?», señalando dos sub-apartados en la única reivindicación de dependencia funcional del Estado que conllevaba la asunción de la obligación retributiva, también estatal:

«1<sup>a</sup> La que como Inspectores Municipales de Sanidad pasen a ser funcionarios del Estado, restringiendo el significado de esta palabra a la Administración Pública Central.

2<sup>a</sup> La del pago de los Titulares por el Estado, incautándose la Hacienda Pública de las consignaciones fijadas para ellos en los Presupuestos Municipales»<sup>189</sup>.

Sin embargo, Marcelino Pascua defendía que la actividad sanitaria de estos profesionales suponía el 10 por 100 de su actividad médica y que sus funciones estaban «regidas y dirigidas por el municipio para ventaja inmediata y directa de los ciudadanos del municipio»<sup>190</sup>, por lo que no consideraba procedente su incorporación a un cuerpo profesional cuyas funciones prioritarias se dirigían a la sanidad nacional.

El Reglamento del Cuerpo de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria se aprobó el 29 de septiembre de 1934 (*Gaceta de Madrid*, 18-X-1934). El artículo primero de este Reglamento establecía que, con los funcionarios del Cuerpo de Médicos Titulares Inspectores Municipales de Sanidad, se constituía el Cuerpo de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria y, en su artículo segundo, indicaba que los médicos de este Cuerpo de Asistencia Pública Domiciliaria serían funcionarios técnicos del Estado. Las funciones que estos sanitarios deberían realizar eran, entre otras, la atención médica de los pobres, la vacunación antivariólica, el auxilio a la administración de justicia, la realización de estadísticas, la inspección médico escolar y la dirección de los centros primarios, así como la cooperación que se les asignara en los secundarios. Los sueldos por esta labor se describían en el artículo quinto, donde también se indicaba que serían abonados por las Juntas de Mancomunidades, creadas en base a la Ley de coordinación sanitaria, excepto las funciones de cooperación en los centros secundarios, que se les retribuiría mediante gratificaciones pagadas por la Dirección General de Sanidad, según se establecía en el artículo 2.m. Las funciones de cooperación con el seguro de enfermedad, en el momento en que se implantara, era muy previsible que fueran retribuidas por la Caja del Seguro, con lo que la oposición de este colectivo sería ya historia.

---

<sup>189</sup> Marcelino PASCUA. *El Seguro de Enfermedad y los médicos españoles* [Conferencia impartida en el Ateneo de Madrid el día 26 de enero de 1934]. Madrid: Unión Poligráfica, SA, 1934 (cf. pág. 16).

<sup>190</sup> Marcelino PASCUA. *Op. cit. ut supra*, cf. pág. 20.

Isabel Jiménez-Lucena indica que, en fechas muy próximas al inicio de la guerra civil, la Asociación Oficial de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria<sup>191</sup> pedía que el Estado interviniera en cuestiones de carácter económico para asegurar el pago de sus salarios:

«Sólo se pedía que el Estado se encargase de recaudar las retribuciones de los titulares, y aportara la tercera parte de las mismas, estimada en unos diez millones de pesetas, para aliviar las cargas de los Ayuntamientos, en concepto de labor de inspección. A cambio, se ofrecía el esfuerzo cotidiano y la separación de los extremismos, saturando la labor médica de “serenidad y esperanza”, virtudes éstas de la profesión médica»<sup>192</sup>.

Hay que tener en cuenta que las Administraciones locales no siempre cumplían con sus obligaciones de pago de salarios, en tiempo y forma, generalmente por falta de recursos.

---

<sup>191</sup> La asociación oficial de médicos titulares, inspectores municipales de sanidad, pasó a ser Asociación Oficial del Cuerpo de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, conservando el carácter de organismo de cooperación y asistencia de la Subsecretaría de Sanidad y Asistencia Pública (artículo 20 del Reglamento del Cuerpo de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria. Decreto de 29 de septiembre de 1934. *Gaceta de Madrid*, 18-X-1934).

<sup>192</sup> Isabel JIMÉNEZ-LUCENA. “El Estado como aliado. Los médicos y el proceso de estatalización de los servicios sanitarios en la segunda República Española”. *Asclepio*, 49(1): 193-216. Madrid. 1997 (cf. pág. 207).

## **CAPÍTULO 2**

### **Los seguros sociales en España: antecedentes del seguro obligatorio de enfermedad**

#### **2.1. Hacia un modelo de previsión social de la enfermedad: la precariedad económica de las sociedades de socorros mutuos y el movimiento obrero**

A finales del siglo XIX, en España no existía aún un régimen público de seguro de enfermedad, ni libre ni obligatorio. El régimen jurídico de la previsión sanitaria se había desarrollado hasta ese momento de acuerdo con los principios liberales, con el único límite impuesto por la normativa reguladora de la función ‘de policía’ que debía ejercer la Administración pública respecto a las sociedades de previsión. El objeto de esta función de policía era proteger a los ciudadanos de los abusos o fraudes que pudieran cometerse por dichas entidades, tanto en los aspectos sanitarios como en los económicos.

La legislación sobre asociaciones estaba constituida por la Ley de 30 de junio de 1887, dictada para la aplicación del artículo 13 de la Constitución española de 1876, donde se reconocía el derecho de asociación; dicha Ley, además de contener preceptos de carácter general extensivos a todas las asociaciones, establecía de forma expresa, en su artículo primero, que estaban sometidas a ella las entidades de previsión, detallándolas con el siguiente literal: «Las Sociedades de Socorros Mutuos, de Previsión y de Patronato y las Cooperativas de Producción, de Crédito o de Consumo». Únicamente quedaban exceptuadas de las disposiciones de esa Ley, las sociedades con un objeto meramente civil o comercial (compañías mercantiles de seguros y sociedades de carácter mutuo constituidas con arreglo al código de comercio) y los Institutos o Corporaciones reguladas por leyes especiales. Estas sociedades de carácter mercantil, además de regirse por el Código de Comercio, estaban sometidas a lo establecido en la Ley de 14 de mayo de 1908 y al Reglamento de 2 de febrero de 1912, que regulaban la inspección del Gobierno sobre todas las empresas dedicadas a la práctica de los seguros contra riesgos profesionales o reales. Los montepíos, y el resto de sociedades de socorros mutuos, constituidos con fines exclusivamente ‘benéficos’, estaban exceptuados de dicha

inspección, instaurada para las sociedades de seguros, siempre que sus fondos no se dedicasen a fines comerciales<sup>193</sup>.

No obstante, la Administración pública sí tenía establecido un control de carácter registral sobre estas sociedades, comúnmente denominadas 'benéficas'; el artículo 38 de la Ley de 14 de mayo de 1908 y el artículo 73 de su Reglamento de 1912, les imponía el deber de depositar en la Comisaría General de Seguros un ejemplar autorizado de sus Estatutos, un modelo de sus pólizas y la obligación de remitir una copia de su balance anual. Mas tarde se exigió que, antes de comenzar sus actividades, las mutualidades, asociaciones o empresas que tuvieran entre sus fines la prestación de asistencia médica, se inscribieran en la Comisaría Sanitaria, establecida por Real Orden de 31 de marzo de 1925, para que esta Comisaría comprobase las condiciones que ofrecían las entidades, con objeto de garantizar el estricto cumplimiento de los servicios sanitarios.

Los socorros de enfermedad solían formar parte también del objeto social de las asociaciones sindicales, empresariales, profesionales, confesionales y de carácter general. Las prestaciones que generalmente concedían estas asociaciones se concretaban en un subsidio en caso de enfermedad, en la prestación de asistencia médica y farmacéutica y en una indemnización en caso de muerte. El socorro de enfermedad, por regla general, era el objetivo prioritario, y muchas veces exclusivo, en la mayoría de los montepíos o sociedades de socorros mutuos, aunque este socorro siempre era de carácter temporal.

Feliciano Montero García aporta los siguientes datos estadísticos que nos permiten aproximarnos a la realidad asociativa de la época:

«Las primeras estadísticas de asociaciones del Ministerio de Gobernación, sección de orden público, se inscriben dentro de la dinámica oficial que implica la aplicación de las leyes de Reunión y Asociación de 1887, que, entre otras cosas, obliga a éstas a registrarse en el Gobierno civil respectivo.

Es en 1887 cuando encontramos el primer resumen general del asociacionismo, incluido el asociacionismo obrero (...). Entre los 24 tipos de asociaciones presentes se recoge ya específicamente la de Socorros Mutuos, en un número total de 663, en un segundo lugar, significativamente destacado, después de las sociedades de recreo. La estadística de 1887 no distingue aún, como lo hará la de 1904 del Instituto de Reforma Sociales, las Sociedades de Socorro Mutuo obreras, de las no obreras. El mutualismo obrero ocupa ya en esta

<sup>193</sup> La Ley de sociedades excluía a las que tuvieran 'fines benéficos', como los montepíos y las sociedades de socorros mutuos, para distinguirlas de las que tuvieran fines mercantilistas; aunque, como sabemos, al final del siglo XIX, las sociedades de socorros mutuos no eran de carácter benéfico, es decir, sus prestaciones no eran graciosas, pues los asociados contribuían a su financiación y, de esa financiación, se derivaba el derecho a recibir las prestaciones correspondientes.

Estadística de 1904 el segundo lugar, después de las “Asociaciones para Mejorar las Condiciones de Trabajo”. De estas últimas se contabilizan 1.147 sociedades y 171.791 socios, frente a las 309 sociedades y 84.426 socios de los Socorros Mutuos»<sup>194</sup>.

Como hemos comentado en el capítulo anterior, una cifra de unas 1.200 sociedades es más acorde con el número de habitantes en España en el año 1887, teniendo en cuenta, también, que este asociacionismo es un movimiento que se produce fundamentalmente en las ciudades. El elevado número de sociedades de socorros mutuos registradas a principios del siglo XX y el bajo número de socios, con una media de 176 por asociación, nos da una idea de la escasa capacidad financiera que debían soportar la gran mayoría de ellas y, como esta capacidad financiera tenía una relación directamente proporcional con las prestaciones otorgadas a los socios, se puede deducir que estas prestaciones no podían ser muy completas. Precisamente eran los obreros los que en mayor número dependían de estas sociedades, del total de 1.456 sociedades registradas en 1904, 1.147 eran obreras. Esa precariedad de recursos económicos para hacer frente a las prestaciones médico-farmacéuticas es destacada por Álvaro López Núñez, al hacer referencia a una necesaria financiación complementaria de carácter subvencional, generalmente de los socios protectores. Además, la escasa capacidad económica y asistencial provocará el desarrollo paralelo de sociedades mercantiles que atendían las mismas contingencias:

«Las Sociedades de Socorros Mutuos encuentran muchas dificultades económicas para subvenir los gastos de la asistencia médico-farmacéutica. Las Sociedades que lo hacen, como los Círculos Católicos de Obreros de la Asociación General para el Estudio y Defensa de los Intereses de las Clases Trabajadoras, sobreviven gracias a las subvenciones paternalistas de los socios protectores, miembros de dicha asociación. El vacío en este campo de la asistencia sanitaria ha sido llenado por sociedades privadas mercantiles mal llamadas benéficas, verdaderos igualatorios»<sup>195</sup>.

Ese ‘vacío en el campo de la asistencia sanitaria’ fue uno de los elementos que comenzaron a impulsar la acción estatal para diseñar un nuevo modelo, particularmente teniendo en cuenta que la demanda de soluciones provenía de las, cada vez mas fuertes,

---

<sup>194</sup> Feliciano MONTERO GARCÍA. *Los Seguros Sociales en la España del siglo XX. Orígenes y antecedentes de la previsión social*. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1988 (cf. págs. 82-91).

<sup>195</sup> Álvaro LÓPEZ NÚÑEZ. *El Seguro Obrero en España*. Madrid: Imprenta de la Sucesora de M. Minuesa de los Ríos, 1908 (cf. pág. 12). Este autor fue colaborador del Instituto de Reformas Sociales desde 1904 y participó en la preparación de diversas leyes sociales, algunas de enorme importancia, como la creadora del Instituto Nacional de Previsión.

asociaciones obreras creadas para mejorar las condiciones de trabajo, tomando como modelo la previsión social que se estaba desarrollando en otros países europeos, y que tuvo su origen en la Alemania de Bismark.

En Alemania, la implantación del seguro de enfermedad por el Gobierno se había impulsado como un medio para conseguir la paz social; sin duda, se lograría el control de la clase trabajadora si se atendía una de sus principales carencias, la asistencia sanitaria, contrarrestando así el fuerte movimiento obrero, liderado por una nueva corriente ideológica. Miguel Artola Gallego indica que, en España también se produce en el Gobierno un cambio de dirección política que provoca el abandono de los principios liberales, ante el avance del movimiento obrero:

«Cuando la industrialización adquirió un cierto nivel, el Estado se consideró en la necesidad de formarse una doctrina que orientase su política. La Comisión de Reformas Sociales, más tarde el Instituto del mismo nombre y finalmente el Ministerio de Trabajo, fueron los instrumentos de una política, que no por discutida puede ser considerada como irrelevante.

Al margen de las iniciativas gubernamentales, que se toman su tiempo para satisfacer las demandas de los trabajadores, surgió un movimiento a favor de la asociación de los trabajadores, que planteó, desde otra perspectiva, el abandono de la concepción neutral del Estado propia de los principios liberales»<sup>196</sup>.

El criterio intervencionista es destacado también por el ideólogo católico-fascista de la dictadura de Primo de Rivera, José Pemartín, quien, en uno de sus discursos, defendía que el Estado no debía dedicarse meramente a tutelar las relaciones entre las diversas clases sociales, sino que tenía que impulsar a las 'masas sociales' (los obreros) para conseguir la máxima productividad en su actividad laboral (obreros sanos y productivos, con pocos motivos para hacer huelgas), como única forma de obtener un beneficio general de la sociedad (paz social):

«El Estado ha de ser entonces el iniciador, el que avanzando hacia las masas sociales las invite a la actividad, al trabajo, a la lucha por el progreso y por el bienestar general; su misión impulsora y tutelar debe ser la de despertar esas energías vitales del país, en gran parte latentes e ignoradas»<sup>197</sup>.

Alejandro Quiroga Fernández de Soto, analiza el discurso de José Pemartín y deduce que su verdadero interés era frenar el avance del socialismo, para ello defendía la

---

<sup>196</sup> Miguel ARTOLA GALLEGO. "Prólogo". En: Álvaro Soto Carmona. *El trabajo industrial en la España contemporánea, 1874-1936*: 7-10. Madrid: Anthropos, 1989 (cf. pág. 9).

<sup>197</sup> José PEMARTÍN. *Los valores históricos de la dictadura española*. Madrid: Publicaciones de la Junta de propaganda patriótica y ciudadana, 1929 (cf. pág. 294).

necesaria intervención del Estado como ‘armonizador’ social. Se trataba de llevar a cabo medidas sociales por parte del Estado que confluyeran en un nuevo modelo denominado ‘solidaridad nacional’<sup>198</sup>, este nuevo modelo social sustituiría, en opinión de José Pemartín, al existente, basado en la lucha de clases:

«Se necesitaba para ello, tanto, “una intervención orientadora del Estado en los procesos económicos nacionales” que superasen el “abúlico laissez-faire y la utopía liberal”, como una “gran obra social”, llevada a cabo por el Estado como medio para “descargar ese potencial” que suponía el socialismo en España»<sup>199</sup>.

No son pocos los historiadores que defienden que los primeros seguros sociales se originan como ‘vacunas’ contra el socialismo y no como ‘método curativo’ de la miseria para atenuar la aspereza de la lucha de clases de las industrias y mantener con más facilidad el orden público. El general Primo de Rivera asumió que ese nuevo modelo social debía centrar la política de su Gobierno, para ello reasignó los créditos presupuestarios, incrementando la dotación destinada a gastos derivados de políticas sociales. La puesta en práctica de parte de su ideario político no provocó resistencia por parte del socialismo, ni del movimiento obrero. Ángeles Barrio y Manuel Suárez Cortina, describen y cuantifican lo que denominan intervencionismo ‘paternalista’:

«La búsqueda de base social al régimen obligó a Primo de Rivera a poner énfasis en un regeneracionismo social que, básicamente, se convirtió por su paternalismo en la mejor expresión de su ideología. La aportación económica a lo que consideraba un vasto plan de mejora de las clases trabajadoras creció considerablemente: en 1929 el presupuesto en educación aumentó en más de un 50% en relación a 1920, en servicios sociales en general se incrementó en un 800%, se desarrollaron las políticas de casas baratas, se implantó el seguro de maternidad, los subsidios a las familias numerosas, etc. Quizá por ello, y porque el dictador prometió intervención tutelar en las relaciones laborales a través del Comité Paritario y porque se ganó la confianza de los socialistas, lo cierto es que, (...) el movimiento obrero no ofreció oposición sustancial al régimen»<sup>200</sup>.

Ahora bien, como indican estos mismos autores, el socialismo terminaría pagando este posicionamiento tan claro al lado de la Dictadura. Este colaboracionismo fue asumido como «la legitimación del régimen por parte de la clase obrera» y no todos los dirigentes socialistas lo apoyaron de forma generalizada. Derivado de esta disensión, cuando el Instituto de Reformas Sociales se convirtió en el Consejo Nacional del Trabajo y Francisco

<sup>198</sup> Alejandro QUIROGA FERNÁNDEZ DE SOTO. *Op. cit ut supra*, cf. págs. 219.

<sup>199</sup> Alejandro QUIROGA FERNÁNDEZ DE SOTO. *Op. cit ut supra*, cf. págs. 219-220.

<sup>200</sup> Ángeles BARRIO, Manuel SÁNCHEZ CORTINA. *El reinado de Alfonso XIII. España a comienzos del siglo XX (1902-1931)*. [Historia de España, 11]. Madrid: Espasa Calpe, 1999 (cf. pág. 106).



Largo Caballero, que había sido vocal obrero desde la fundación del Instituto de Reformas Sociales, pasó a formar parte del Consejo de Estado, Fernando de los Ríos dimitió de su cargo en la dirección<sup>201</sup>.

Para llevar a cabo esta nueva 'política social' integradora de la clase obrera, se desarrolló un modelo corporativo. Fue Eduardo Aunós quién definió el órgano consultivo de la Presidencia de Gobierno, de Trabajo, Industria y Comercio. Este órgano terminaría sustituyendo al Instituto de Reformas Sociales que, dependiendo del Ministerio de Trabajo, se encargaba de estudiar la legislación social, en cuya estructura se integraba la representación obrera.

En Europa, el elemento básico que provocó la creación de los seguros sociales fue la importante organización obrera, derivada de una revolución industrial que aportó prosperidad a unos pocos y desprotección y miseria para las clases trabajadoras<sup>202</sup>, tampoco hay que olvidar la influencia de la proclamada 'justicia social' en las encíclicas *Rerum Novarum* de León XIII (1891) y *Quadragesimo anno* de Pío XI (1931).

La *Rerum Novarum* no acepta la lucha de clases, propone la mutua colaboración a través del cumplimiento de los derechos y deberes de cada clase. También defiende el derecho de asociación, mediante agrupaciones de obreros, y de obreros y patronos<sup>203</sup>. Entre el liberalismo completo del *laissez faire* y el socialismo, defiende un modelo intermedio, el 'intervencionismo subsidiado'.

*Quadragesimo anno* amplía cuestiones que dejó abiertas *Rerum Novarum* e incluye otras nuevas, como el concepto de 'contrato de sociedad', equiparando la aportación del trabajo a la del capital, por lo que el trabajador y el empresario se convierten en 'socios'<sup>204</sup>.

### **2.1.1. La Comisión de Reformas Sociales, el Instituto de Reformas Sociales y el Instituto Nacional de Previsión**

---

<sup>201</sup> Ángeles BARRIO, Manuel SÁNCHEZ CORTINA. *Op. cit. ut supra*, cf. pág. 107.

<sup>202</sup> José María ALONSO SECO, Bernardo GONZALO GONZÁLEZ. *La asistencia social y los servicios sociales en España*. Madrid: Publicaciones del Boletín Oficial del Estado, 2000 (cf. pág. 89).

<sup>203</sup> UNIVERSIDAD PONTIFICIA DE COMILLAS. *Una nueva voz para nuestra época: Populorum Progressio*. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas, 2006 (cf. pág. 30).

<sup>204</sup> UNIVERSIDAD PONTIFICIA DE COMILLAS. *Op. cit. ut supra*, cf. pág. 41.

El 10 de diciembre de 1883, la *Gaceta de Madrid* publicaba un Real Decreto, aprobado el 5 de diciembre de ese mismo año, atendiendo a las muchas razones expuestas por el Ministro de la Gobernación, Segismundo Moret y Prendergast<sup>205</sup>, liberal y francmasón, mediante el cual se creaba una Comisión para el estudio de todas las cuestiones relacionadas con el bienestar de las clases obreras. Es en esa fecha cuando los poderes públicos comienzan a formar la normativa legal destinada a favorecer la 'paz social', mediante la atención a las situaciones de necesidad, derivadas de riesgos sociales, entre esta normativa estaría la que fomentase o facilitase los socorros mutuos.



Segismundo Moret y Prendergast [1881]

Grabado  
*Ilustración Española y Americana*, 13-XI-1881

Siete años después, se publicaba el Real Decreto de 13 de mayo de 1890 (*Gaceta de Madrid*, 14-V-1890), donde se establecía que el principal objeto de los trabajos a

<sup>205</sup> Segismundo Moret fue Ministro de la Gobernación bajo el Gobierno liberal de José Posada Herrera (1883-1885); antes, en 1870, había desempeñado la Cartera de Ministro de Ultramar, bajo la presidencia del general Prim. Siguiendo los principios de libertad, igualdad y fraternidad, abolió la esclavitud en Puerto Rico y promovió su texto constitucional. En 1875 fundó el Partido Democrático-Monárquico, que en 1881 se fusionó en Izquierda Dinástica; y acabó dentro del Partido Liberal de Sagasta. Ocupó diversas Carteras: Estado (1885-1888; 1892, 1894), Gobernación (1888, 1901, 1902), Fomento (1892) y Ultramar (1897-1898). Fue Presidente del Consejo de Ministros en 1905, 1906, 1909 y 1910.

realizar por la Comisión, denominada 'de Reformas Sociales', era el estudio y propuesta de todos los proyectos de Ley que tendieran al mejoramiento del estado de las clases obreras. Y, en concreto, en el apartado 3ºD, de su artículo 6º, se establecía que, el objeto especial de los trabajos de la Comisión sería «someter al Gobierno todos aquellos proyectos de decreto o de ley que estime conducentes a los siguientes puntos taxativamente señalados (...) D. medidas para facilitar la asociación, ahorro y socorro mutuo». Una vez acotado su objeto, había que determinar su composición y, por ello, mediante Reales Decretos de ese mismo día 13 de mayo de 1890 (*Gaceta de Madrid*, 14-V-1890)<sup>206</sup>, se nombraron a los miembros de la Comisión, designando como presidente al propio ministro Segismundo Moret y, entre los muchos vocales, se nombró a Raimundo Fernández Villaverde y a Fermín Hernández Iglesias.

Álvaro Soto Carmona destaca otros dos objetivos fundamentales del nuevo organismo, basados ambos en el control estatal de la clase obrera. Por un lado, debía obtener información de la situación real de los obreros, pues se sabía que el mejoramiento de su estado de miseria provocaría un cierto conformismo social y, por otro lado, ese mejoramiento disminuiría el coste que, en el presupuesto público de beneficencia, representaba la incapacidad laboral de los obreros. Estos objetivos fomentarán el perfeccionamiento de los organismos públicos destinados a conocer la situación obrera y a proponer el desarrollo de políticas sociales, para efectuar posteriormente su gestión; así ocurrirá con la creación del Instituto de Reformas Sociales y del Instituto Nacional de Previsión:

«Con la creación de la Comisión de Reformas Sociales la clase dirigente tiene dos objetivos: el primero informarse de la situación de la clase obrera y el segundo, consecuencia del anterior, mejorar dicha situación ya que, la actual, se consideraba como potencialmente peligrosa para el mantenimiento de la estabilidad social.

La importante labor de información emprendida va a determinar una decidida intervención en aquellos temas que más dañan la salud del obrero y crean una situación gravosa al Estado. La Ley de accidentes de trabajo de 1900 viene a cubrir este espacio. Pero la necesidad de disponer de instrumentaciones estables que permitan un preciso conocimiento de la "realidad obrera" hace que se tienda a consolidar y a perfeccionar los organismos de intervención del Estado en materia laboral»<sup>207</sup>.

---

<sup>206</sup> Estos Decretos se aprobaron siendo ministro de la Gobernación Trinitario Ruiz y Capdepón, quien había sucedido a Segismundo Moret en 1888, Ministerio en el que destacó por crear el Cuerpo de Funcionarios de Correos.

<sup>207</sup> ÁLVARO SOTO CARMONA. *El trabajo industrial en la España contemporánea, 1874-1936*. Madrid: Anthropos, 1989 (cf. pág. 256).

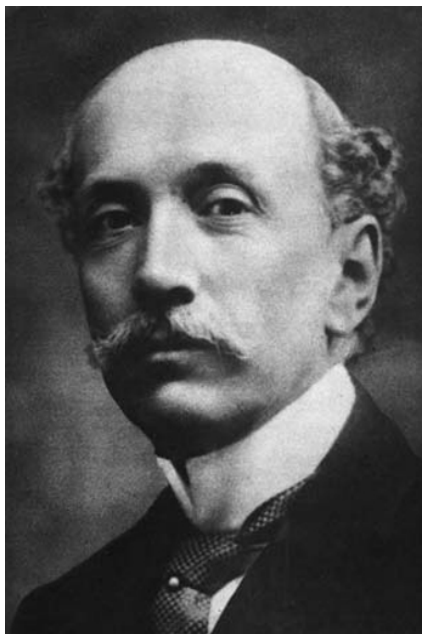
De entre las muchas propuestas de Leyes que preparó la Comisión de Reformas Sociales, tiene un lugar preferente la relativa a los accidentes de trabajo. En base a ella, Eduardo Dato Iradier, conservador social-reformista y Ministro de la Gobernación<sup>208</sup>, elaboró un proyecto de Ley sobre accidentes de trabajo en los establecimientos industriales, sancionado el 30 de noviembre de 1899 (*Gaceta de Madrid*, 5-XII-1899).

Para la elaboración de este proyecto de Ley, se había tomado como modelo la legislación promulgada en Francia el año anterior, pues Eduardo Dato consideraba que los franceses habían resuelto el problema jurídico que entrañaba la responsabilidad en los accidentes producidos con ocasión del trabajo industrial<sup>209</sup>; así, en la exposición de motivos del proyecto se decía que «Basando la reparación de los daños causados como uno de los gastos de producción, a cargo, naturalmente, del empresario o patrón (...). La indemnización adopta la forma de pensión vitalicia». Por ello, Domingo A. Sánchez

<sup>208</sup> Eduardo Dato ha sido calificado por los historiadores como conservador social-reformista; calificativo que se desprende de su discurso de ingreso en la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas, referente a la 'defensa social'. Fue Ministro de la Gobernación (1899-1900), de Gracia y Justicia (1902-1903, 1914-1915), de Estado (1918), de Marina (1920-1921) y Presidente del Consejo de Ministros (1913-1917, 1917, 1920-1921). Durante uno de sus mandatos como Presidente del Consejo de Ministros, propuso el Real Decreto de 8 de mayo de 1920 (*Gaceta de Madrid*, 9-V-1920), mediante el que se creó el Ministerio de Trabajo, al que se adscribirían, entre otros organismos, el Instituto de Reformas Sociales, el Instituto Nacional de Previsión y la Sección de Reformas Sociales del Ministerio de la Gobernación. También decretó la neutralidad de España en la primera guerra mundial.

<sup>209</sup> Dato, como gran viajero y políglota, se interesaba y conocía la política de Europa. El inicio debe buscarse en 1884, cuando Bismarck implantó el seguro de accidentes laborales en Alemania, convirtiéndose en el país pionero en regular este seguro, ya el año anterior había promulgado la Ley reguladora del seguro de enfermedad. La aprobación de estas Leyes es analizada, en su contexto histórico, por Pedro Voltes: «Aun cuando no hayan escaseado quienes dudan de la sinceridad y del humanitarismo de Bismarck en tal obra, lo cierto es que en su último decenio de gobierno elaboró y promulgó la primera legislación protectora del trabajador que hubo en el mundo. En su mensaje al Reichstag de 17 de noviembre de 1881, el canciller le hizo decir al emperador Guillermo I que se emprendería tal legislación en tres etapas, amparando sucesivamente al obrero contra la enfermedad, los accidentes de trabajo y la vejez e invalidez, situaciones que en los restantes países seguirían al descubierto durante muchos años. / Venciendo fatigosas objeciones y dificultades, Bismarck hizo aprobar en 1883 la ley del seguro de enfermedad y en 1884 la del seguro contra accidentes laborales. En su discurso del trono del 24 de noviembre de 1887, el anciano emperador Guillermo I anunciaba la intención del Gobierno de instaurar las pensiones de vejez e invalidez. No vivió para verlo. Tampoco pudo tomar parte en tal designio su hijo, Federico III, incapacitado por la referida enfermedad que nubló su breve reinado. Los progresistas no dudaron de que este monarca se habría solidarizado con cualquier iniciativa favorable a los trabajadores. / Diez días después del fallecimiento del mismo, en la sesión del Reichstag de 25 de junio de 1888, su hijo, el nuevo Kaiser Guillermo II, recogía los anhelos de su abuelo en materia social y las ideas progresistas de su odiado padre y anunciaba el propósito de completar la protección del trabajador. Lo corroboró en el mensaje regio al Parlamento de 22 de noviembre siguiente para presentar "el proyecto de ley de seguro de los obreros contra los riesgos de la vejez y la invalidez" (...) / La Ley no se tramitó con facilidad, pues los sectores conservadores temieron que la Hacienda naufragase y los otros recelaban de cualquier éxito del gobierno. Bismarck tuvo que hacer uso de la palabra no una sino varias veces para combatir las objeciones. "Permítaseme -dijo- reivindicar la paternidad de toda la política social". Hubo de enfrentarse con los izquierdistas, con el "Zentrum" católico y con los conservadores». Pedro VOLTES BOU. *Bismarck*. Madrid: Ediciones Palabras, 2004 (cf. págs. 249-250).

Navarro mantiene que esta Ley «instaura el sistema de responsabilidad empresarial directa por los accidentes de trabajo»<sup>210</sup>.



Eduardo Dato Iradier

Library of Congress [USA].  
Prints and Photographs Division, Bain Collection –  
Reproduction number: LC-DIG-ggbain-14910.

El 30 de noviembre de 1899, la regente María Cristina autorizaba la presentación del proyecto a las Cortes y, dos meses después, el 30 de enero de 1900, se sancionaba la Ley de accidentes de trabajo, publicándose al día siguiente<sup>211</sup>. Curiosamente, el 9 de febrero de ese mismo año, se volvía a publicar, al haberse «agotado la edición de la

---

<sup>210</sup> Domingo A. SÁNCHEZ NAVARRO. *La gestión de la Seguridad Social en España*. Madrid: Consejo Económico y Social, 2003 (cf. págs. 36-37); una visión similar en Manuel ALONSO OLEA. “Las mutualidades de previsión social”. En: Evelio Verdera Tulles (ed.) *Comentarios a la Ley de Ordenación del Seguro Privado*, 1: 489-544. Madrid: Estudios Empresariales y Financieros, 1988.

<sup>211</sup> «En este contexto, tras la derrota de 1899 ante Estados Unidos, detonante de una intensa crisis de la conciencia nacional plasmada en el pesimismo crítico de la generación del 98 (...), la europeización se convirtió casi en un programa nacional, al menos para hombres como Joaquín Costa (...) José Ortega y Gasset, el brillante líder de la “intelligentsia” liberal del siglo XX que acertaría a resumir el dilema en una frase perfecta –y, por ello, citada hasta la saciedad– cuando dijo en Bilbao, en 1910, que “regeneración”, la gran exigencia de la conciencia nacional tras el 98, era inseparable de “europeización” porque –y ésta es la frase perfecta– “verdaderamente se vio claro desde un principio que España era el problema y Europa la solución”. Con razón: Europa, era para el joven Ortega, nada menos que ciencia, universidad, educación, cultura, democracia, competencia y modernidad» José Luis GARCÍA DELGADO, Juan Pablo FUSI, José Manuel SÁNCHEZ RON. *España y Europa*. Sabadell (Barcelona): Crítica / Marcial Pons, 2008 (cf. pág. 4).

*Gaceta* del 31 de enero, y teniendo en cuenta la constante demanda de ejemplares», un detalle que, sin duda, medía su trascendencia social. Esta Ley recogía el principio de responsabilidad objetiva, que podía asegurarse en una sociedad de seguros de las aceptadas por el Ministerio de la Gobernación, pues el seguro era voluntario. Fueron seis las primeras sociedades aseguradoras, de carácter privado, dos con domicilio en Barcelona, dos en París, una en Milán y otra en Pamplona, pero, según diversos autores<sup>212</sup>, era habitual que los empleadores no concertaran el seguro voluntario.

El Reglamento para la aplicación de la Ley, se aprobó el 28 de julio de ese mismo año de 1900. Aunque se detallaban los requisitos que debían reunir las entidades privadas aseguradoras, se especificaba que para hacer efectivas las indemnizaciones, y siempre que no se manifestara disconformidad entre las partes interesadas, no intervendría la Administración pública; dejando constancia clara de que este aseguramiento era de gestión privada. Por ello, en la mayoría de los casos, la participación de los Gobiernos civiles y del Ministerio de la Gobernación se limitaba a la obtención de datos estadísticos sobre los accidentes de trabajo.

Tres años mas tarde, y mediante el Real Decreto de 23 de abril de 1903 (*Gaceta de Madrid*, 30-IV-1903), siendo presidente del Consejo de Ministros Francisco Silvela, se daba por terminada la misión de la Comisión de Reformas Sociales y se sustituía por otra institución fundamental para ésta época, el Instituto de Reformas Sociales, que perfeccionaba su estructura y ampliaba los cometidos de su predecesora. Este Instituto será el encargado de impulsar la legislación social, en base a estudios técnicos del mundo laboral. Como señala Álvaro Soto Carmona, además de esa función, encomendada en el Real Decreto de su creación, el Instituto de Reformas Sociales asumirá otras importantes misiones, como la mediación en los conflictos laborales:

«La institución clave para esta época es el Instituto de Reformas Sociales que asume la función de propulsor de la legislación, de orientador e incluso de mediador en los conflictos; su papel es fundamental en el impulso de estudios sobre la situación del mundo del trabajo»<sup>213</sup>.

En el mismo año, durante la Presidencia del Consejo de Ministros del liberal conservador Raimundo Fernández Villaverde, el Ministro de Agricultura, Industria,

---

<sup>212</sup> Luís Enrique DE LA VILLA GIL, Aurelio DESDENTADO BONETE. *Manual de Seguridad Social*. Madrid: Aranzadi, 1977 (cf. pág. 119).

<sup>213</sup> Álvaro SOTO CARMONA. *El trabajo industrial en la España contemporánea, 1874-1936*. Madrid: Anthropos, 1989 (cf. pág. 257).

Comercio y Obras Públicas, el también liberal conservador Rafael Gasset Chinchilla, mediante la Real Orden de 16 de octubre de 1903 (*Gaceta de Madrid*, 17-X-1903), estableció dos negociados especiales, con las denominaciones, de Industria y Trabajo, y de Comercio. El primer negociado se dividió en dos secciones, una de Industria y otra de Trabajo, y estableció que al frente de esa sección de Trabajo se nombrara a una «persona de notoria y especial competencia en cuestiones sociales». El objeto de esta norma se justifica en la exposición de motivos, donde se recoge que, hasta entonces, la Sección de Industria se había limitado a la tarea de la estadística<sup>214</sup>, de forma casi exclusiva, cuando en otros países, como Francia, Italia, Suiza, Austria, Alemania y Rusia, instituciones similares realizaban funciones de coordinación social y de propuestas legislativas. En concreto, Rafael Gasset Chinchilla mantenía que, en España,

«... la sección de industria carece de movimiento, no tiene noción sobre nada ni sobre nadie, no contribuye a la legislación, no investiga las causas morales y materiales de los conflictos entre patronos y obreros, no estudia la naturaleza del salario, no analiza las reclamaciones de la muchedumbre jornalera, no establece en sus accidentes de lugar, de tiempo y de empresa la condición contradictoria del trabajo y el capital, no señala los defectos de las Leyes, no acusa ni corrige las faltas de higiene o de seguridad, no impide la explotación del niño, no ampara la debilidad de la mujer obrera, no se preocupa del aprendizaje, no es, en suma, como debiera, un positivo elemento de gobierno (...) es imprescindible e inaplazable, por tanto, el reformar los servicios de la Sección de Industria, de modo que ésta y el Trabajo y el Comercio queden seriamente atendidos (...) en punto a los humanitarios servicios de la inspección industrial (...) para que no puedan ser consumados en el territorio español ninguno de esos contratos de trabajo que un estadista eminente llamara “contratos de suicidio”»<sup>215</sup>.

Por ello, al nuevo Negociado de Industria y Trabajo se le dotan de unas extensísimas competencias, detalladas en la disposición quinta de la Real Orden, entre otras: visitas de inspección, estadística, congresos internacionales, legislación nacional y extranjera sobre los asuntos propios del Negociado, proyectos de Ley (informes y estudios sobre la situación económica y comercial de las diversas ramas del trabajo), enfermedades y coste de la vida en diferentes regiones industriales, eficacia de las leyes, reglamentos y demás disposiciones gubernativas de salubridad y seguridad, resultados de las sociedades mutualistas, cooperativas y de conciliación, etc.

<sup>214</sup> El contenido de las estadísticas de accidentes del trabajo se puede analizar en la página 229 de la *Gaceta de Madrid* de 18 de abril de 1903, donde se recogen los accidentes de trabajo ocurridos durante los años 1901 y 1902; allí se indica que el total de accidentes anuales se triplicaron de un año a otro.

<sup>215</sup> Real Orden de 16 de octubre de 1903 (*Gaceta de Madrid*, 17-X-1903).



Rafael Gasset Chinchilla [1922]

Fotografía de prensa  
*Mundo Gráfico*, 13-XII-1922



Bernabé Dávila y Bertoloti [ca. 1906]

Fotografía de Dalton Kaolak  
Colección Miguel Ángel Buil Pueyo

En esas fechas, en otros países europeos, comenzaba a surgir un nuevo concepto de aseguramiento. Ya no era el empresario quien debía responsabilizarse de reparar el daño sufrido por los trabajadores, sino que era el Estado a quien correspondía asumir su protección, incluso ante riesgos que, en principio, no tuvieran relación con el trabajo (vejez, enfermedad común, accidente no laboral, etc.); y, para su gestión, esos países creaban unas entidades, de forma expresa. En España habría que esperar hasta 1919 para que se manifestara esa corriente europea en la normativa aseguradora; en ese año se aprueba el primer seguro obligatorio<sup>216</sup>, el retiro obrero; unos años antes, fruto de esa misma

---

<sup>216</sup> El aseguramiento obligatorio para los accidentes de trabajo en el mar, también se implantó en 1919.



influencia europea, se había creado una entidad conformada, de forma expresa, para asumir la nueva gestión aseguradora, el Instituto Nacional de Previsión<sup>217</sup>.

Fue en 1906 cuando el Ministro de la Gobernación, Bernabé Dávila, somete a las Cortes un proyecto de Ley para la creación del Instituto Nacional de Previsión, entidad que se dedicaría a gestionar las prestaciones derivadas de las contingencias protegidas, a semejanza de otras entidades europeas. En la exposición de motivos de ese proyecto, se declara:

«El Estado español ya había organizado la previsión en su primer grado, por medio de las cajas de ahorro, en el que las pensiones estaban sujetas a las condiciones técnicas del seguro y, para la organización de la previsión de segundo grado se tomaba como ejemplo los organismos creados por otras naciones que, teniendo en cuenta la especialidad de la gestión de las pensiones de retiro, el Estado la encomendaba a unos organismos creados para ello y, por lo tanto, no la efectuaba directamente»<sup>218</sup>.

El proceso evolutivo, desde una previsión de primer grado a una previsión de segundo grado, se puede constatar en la gestión que realizaron las más importantes entidades financieras del país a principios del siglo XX. Entre ellas, la Caja de Ahorros

---

<sup>217</sup> La Ley de 27 de febrero de 1908 (*Gaceta de Madrid*, 29-II-1908), en su artículo 2º, establecía que «El Instituto Nacional de Previsión tendrá personalidad, administración y fondos propios distintos del Estado». La gestación de este artículo se explicó por el Consejero-Delegado del Instituto años más tarde: «Cuando el Instituto de Reformas Sociales elaboró el proyecto de lo que luego fue la Ley de 27 de febrero de 1908, orgánica del Instituto Nacional de Previsión, tuvo presente los tres sistemas posibles para el establecimiento y gestión de los seguros sociales, a saber: el de encomendarlos a los órganos de la Administración general del Estado; el de convertirlos en uno de tantos servicios descentralizados, y, finalmente, el de crear una institución autónoma a la cual fueran confiados. La solución preferida fue esta última, y con ello España se anticipó a lo que, años después, había de ser una verdad inconcusa, adquirida por tan dolorosas experiencias en otros países y expresada con frase lapidaria por la Oficina Internacional del Trabajo, al afirmar que “sólo se puede hablar de institución de Seguros en el caso de que su administración sea autónoma”» INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. *Memoria del Instituto Nacional de Previsión en 1935, presentada al Consejo de Patronato en sesión de 4 de julio de 1936*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1936 (cf. pág. 87).

<sup>218</sup> Proyecto de Ley para organizar, por el Gobierno, el Instituto Nacional de Previsión, de 1 de noviembre de 1906 (*Gaceta de Madrid*, 8-XI-1906).

Provincial de Guipúzcoa y la Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Barcelona, con dos técnicos vinculados a ellas: Tomás Balbás<sup>219</sup> y Francisco Moragas<sup>220</sup>.

El seguro social se basaba en el ahorro colectivo de los asegurados y de sus patronos, y sus cálculos se realizaban teniendo en cuenta la teoría del riesgo compartido y la técnica actuarial del seguro<sup>221</sup>. Aunque, hay que destacar que ese ahorro colectivo lo imponía el Estado, a través de la liquidación obligatoria de cuotas, y que el Estado, además de garantizar el reconocimiento de las prestaciones a quienes cumplieran los requisitos previamente establecidos, se encargaba de realizar la gestión del seguro a través de una entidad creada para ese fin.

---

<sup>219</sup> Tomás Balbás y Ageo, fundador de la Caja de Guipúzcoa, fue diputado provincial durante el gozne del siglo XIX al XX, una de sus propuestas tuvo como objeto la protección a la maternidad, realizada en 1903, conjuntamente con José de Itarte, José de Marqueze, Víctor Pradera y Juan Garay, de la que se extracta lo siguiente: «en el proletariado actual, masculino y femenino, el nacimiento de un hijo es, con mucha frecuencia, un desastre doméstico, y si la mutualidad, los seguros y, a falta de estos, los socorros no acuden inmediatamente, la crisis se agrava a expensas del recién nacido: sobre quien recae con una maleficencia todo el peso de nuestra imprevisión social (...) suplican que habiendo por presentada esta moción, se sirva tomarla en consideración y autorizar a la Comisión provincial para que, formando una estadística de las mujeres ocupadas en la industria de esta provincia, excite a los fabricantes con el objeto de constituir sociedades de socorros mutuos entre sus obreras, de contribuir al aumento del capital social de la mutualidad con subvenciones proporcionadas a la importancia de la industria, para que, allá donde sea posible, se admita el socorrer, durante las tres o cuatro semanas que preceden y siguen al parto, con el mismo derecho que si se tratara de una enfermedad, a fin de salvar a la madre en previsión de maternidades futuras y de conservar la criatura para la familia y el país», en la defensa de esta Proposición, Balbás tomó la palabra para explicar la financiación de estas mutualidades, «las sociedades de socorros mutuos no son sociedades de beneficencia, son sociedades de solidaridad mutuas, y el Estado, o quien haga sus veces, no puede abandonar a sí misma, (...), los recursos pueden venir de cuatro procedencias, cuotas de los miembros copartícipes, subvención de los patronos, bonos cooperativos y rebajas del comercio, y subvenciones de las corporaciones o del Estado [ya la Caja de Ahorros Provincial abonaba a las sociedades de socorros mutuos el 6 por 100 anual de sus ingresos]». Antonio ARZAC. «Apuntes biográficos [Tomás Balbás]». *Euskal-Erria. Revista Bascongada*, 48(1): 520-531. San Sebastián, 1903

<sup>220</sup> La Caja de Pensiones para la Vejez y de Ahorros de Piedad de Barcelona tenía dos secciones separadas: la de ahorros y la de previsión social. La primera estaba dedicada a los depósitos de ahorros y la segunda ofrecía tres modalidades de seguro: las pensiones vitalicias -de carácter inmediato-, las diferidas y el seguro total. Las pensiones vitalicias podían ser, a capital cedido o a capital reservado. Cuando se creó el Instituto Nacional de Previsión en 1908, esta Caja se declaró entidad similar al Instituto, por Real Orden de 26 de diciembre de 1908, confirmada por Real Orden de 8 de mayo de 1909 (*Gaceta de Madrid*, 15-V-1909), a solicitud de sus directivos, Luis Ferrer y Vidal y Francisco Moragas y Barret. La Caja de Pensiones para la Vejez y de Ahorros de Piedad de Barcelona actuó como Caja colaboradora encargada de las operaciones del Instituto Nacional de Previsión en Cataluña y Baleares.

En esa misma *Gaceta de Madrid*, de 15 de mayo de 1909, también se declaró entidad similar al Instituto Nacional de Prevision el Monte de Piedad y Caja de Ahorros de León, en base a la solicitud efectuada por su directivo representante, Joaquín Rodríguez del Valle; después, se declararían muchas otras entidades similares por todo el país, como la Caja de Previsión Social de Castilla la Vieja, la Caja Regional de Previsión Social de Castilla la Nueva, etc.

<sup>221</sup> José María ALONSO SECO, Bernardo GONZALO GONZÁLEZ. *La asistencia social y los servicios sociales en España*. Madrid: Publicaciones del Boletín Oficial del Estado, 2000 (cf. pág. 90).



Tomás Balbás y Ageo [1903]

Grabado anónimo  
*Euskal-Erria. Revista Bascongada*,  
San Sebastián, 1903



Francisco Moragas Barret

Fotografía  
Archivo 'La Caixa' (Barcelona)

Con la creación del Instituto Nacional de Previsión sólo se trataba de fomentar la iniciativa de los trabajadores para su aseguramiento, incluso su denominación, como Instituto, respondía a esa misión didáctica, expresamente recogida en el proyecto de la norma: «esta previsión de segundo grado, no sólo debe practicarse, sino enseñarse». Pero el proyecto de 1906 no se aprobó, y hubo que esperar dos años más para que se presentara un nuevo proyecto de Ley con el mismo objetivo. Así, el 24 de enero de 1908, Alfonso XIII daba la autorización para que se presentara a las Cortes el nuevo proyecto elaborado por Juan de la Cierva y Peñafiel, conservador, francmasón, Ministro de la Gobernación desde 1907, en el Gobierno de Antonio Maura, y padre del inventor del autogiro. Por fin, el 27 de febrero de 1908, se aprobó la Ley para la creación del Instituto Nacional de Previsión<sup>222</sup>, en su capítulo primero se regulaban sus fines y organización, recogiendo que, además de difundir o inculcar la previsión popular, especialmente la realizada en forma de pensiones de retiro, debía administrar la mutualidad de pensiones

<sup>222</sup> Ley que aprueba la creación del Instituto Nacional de Previsión, de 27 de febrero de 1908 (*Gaceta de Madrid*, 29-II-1908).

de asociados, y de procurar la bonificación de esas pensiones de retiro, con carácter general o especial, por entidades oficiales o particulares<sup>223</sup>.



Antonio Maura Montaner [1886]

Aguafuerte de Bartolomé Maura y Montaner  
Iconografía Hispana, BNE: 5699-1



Juan de la Cierva y Peñafiel

Arxiu Max.  
Fototeca de Catalunya, ref: 11610

Los seguros sociales comenzaban en España cubriendo la vejez y la invalidez mediante pensiones de retiro; esta prioridad frente a otros seguros, el de enfermedad o el de paro, se trató de explicar en la segunda conferencia de previsión popular:

«Las razones de esta preferencia se justificaban por el hecho de no colisionar con las mutuas obreras que protegían la enfermedad o con las asociaciones que combatían el paro»<sup>224</sup>.

En cumplimiento de lo establecido en la disposición transitoria segunda de la Ley del Instituto Nacional de Previsión, se nombra una Comisión gestora encargada de formular, con carácter provisional, un proyecto de estatutos, reglamentos y tarifas y de realizar los demás trabajos preparatorios que requiera el establecimiento del Instituto. El

<sup>223</sup> La Ley de 27 de febrero de 1908 (*Gaceta de Madrid*, 29-II-1908) encargaba al Estado en su artículo 1º que, «se organizará por el Estado un Instituto Nacional de Previsión para los siguientes fines: primero, difundir o inculcar la previsión popular, especialmente la realizada en forma de pensiones de retiro; segundo, administrar la mutualidad de pensiones de asociados que al efecto y voluntariamente se constituya bajo este patronato, en las condiciones más benéficas para los mismos; tercero, estimular y favorecer dicha práctica de pensiones de retiro, procurando su bonificación con carácter general o especial, por entidades oficiales o particulares».

<sup>224</sup> INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. *2ª Conferencia sobre previsión popular*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión. [Sobrinos de la Sucesora de M. Minuesa de los Ríos], 1914 (cf. pág. 274).

nombramiento se efectúa mediante el Real Decreto de 16 de marzo de 1908 (*Gaceta de Madrid*, 17-III-1908), a propuesta del Ministro de la Gobernación, Juan de la Cierva y Peñafiel, y con una estructura análoga a la establecida en el artículo quinto de la Ley, prevista para el Consejo de Patronato<sup>225</sup>: un Presidente y catorce Consejeros<sup>226</sup>. El Presidente de la Comisión provisional sería Eduardo Dato Iradier<sup>227</sup>, y los catorce vocales se detallan a continuación:

- Siete vocales propuestos por el Instituto de Reformas Sociales: Gumersindo de Azcárate<sup>228</sup>, Luis Marichalar y Monreal (vizconde de Eza), Segismundo Moret y Prendergast<sup>229</sup>, Vicente Santamaría de Paredes, José Maluquer y Salvador, Matías Gómez Latorre y Rafael Salillas y Panzano.

- Siete vocales de libre designación, a propuesta del Ministro de la Gobernación: Jacobo Stuart Fitz James Falcó Portocarrero (duque de Alba), Francisco de Silva y Fernández de Hinesrosa (marqués de Zahara), Francisco Moreno y Zulueta (conde de los Andes), Bernabé Dávila<sup>230</sup>, Elías Tormo, Abilio Calderón y Julio Puyol y Alonso.

Mediante Real Decreto de 24 de diciembre de 1908 (*Gaceta de Madrid*, 25-XII-1908), a propuesta del Ministro de la Gobernación, Juan de la Cierva, se aprobó la composición del primer Consejo de Patronato, con los mismos componentes que formaban parte de la anterior Comisión gestora provisional. Esta composición del Consejo de Patronato varió muy poco en los primeros años del Instituto Nacional de Previsión,

---

<sup>225</sup> Al Consejo de Patronato, según el artículo 4º de la Ley del Instituto Nacional de Previsión, se le asignaban las siguientes funciones: formular estatutos y reglamentos y sus modificaciones, determinar las tarifas y condiciones de los contratos de pensiones, organizar libremente el personal, formular los presupuestos anuales, acordar las reglas de distribución de bonificaciones, examinar la gestión de la Junta de Gobierno y, en suma, las facultades de dirección y representación general del Instituto.

<sup>226</sup> Los componentes del Consejo de Patronato, según el artículo 5º de la Ley del Instituto Nacional de Previsión, se nombrarían de la forma siguiente: el Presidente y siete de los Consejeros, mediante libre designación del Ministro de la Gobernación y los otros siete Consejeros a propuesta del Instituto de Reformas Sociales, de los cuales uno debía haber sido elegido como vocal para representar a la clase patronal y otro de los delegados para la clase trabajadora.

<sup>227</sup> Eduardo Dato Iradier dimite de su cargo de Presidente el 7 de noviembre de 1913 (*Gaceta de Madrid*, 8-XI-1913), será sustituido por José Marvía y Mayer.

<sup>228</sup> Gumersindo de Azcárate es sustituido por José del Prado y Palacio, mediante Real Decreto de 16 de agosto de 1918 (*Gaceta de Madrid*, 11-IX-1918).

<sup>229</sup> Al fallecer Segismundo Moret, se nombra como sustituto a Luis Marichalar y Monreal, vizconde de Eza, mediante Decreto de 22 de abril de 1913 (*Gaceta de Madrid*, 23-IV-1913), que ya formaba parte del Consejo de Patronato.

<sup>230</sup> Al fallecer Bernabé Dávila, se nombra Consejero del Instituto Nacional de Previsión a Adolfo González-Posada Biesca, mediante Decreto de 19 de enero de 1915 (*Gaceta de Madrid*, 20-I-1915). Adolfo González-Posada ya estaba ligado al Instituto, desde el 5 de febrero de 1909 era Consejero supernumerario, propuesto por el Consejo de Patronato (*Gaceta de Madrid*, 10-II-1909).

hasta el Gobierno de la II República, entonces se modificó su estructura y, por lo tanto, su composición.

El mismo día 24 de diciembre de 1908 (*Gaceta de Madrid*, 26-XII-1908) se aprobó otro Real Decreto, también a propuesta del Ministro de la Gobernación, mediante el cual se publicaban los Estatutos provisionales del INP, formulados por la Comisión gestora<sup>231</sup>; también se establecía que el Consejo de Patronato debería tomar posesión antes del primero de enero de 1909 y, por último, indicaba que el Reglamento de entidades análogas al Instituto debería regir desde la fecha de constitución del Instituto<sup>232</sup>.

Mediante la Real Orden de 5 de febrero de 1909 (*Gaceta de Madrid*, 10-II-1909), Juan de la Cierva nombra Consejeros supernumerarios del Instituto Nacional de Previsión, de acuerdo con el artículo 19 de los Estatutos del Instituto, a los siguientes miembros:

- A propuesta del Consejo de Patronato: Adolfo González-Posada Biesca, José del Prado Palacio, Ángel Pulido y Fernández, Francisco González Rojas y Antonio Gómez Vallejo.

- A propuesta del Instituto de Reforma Sociales: Santiago Pérez Infante.

El Consejo de Patronato designa a Manuel Senante Martín y Matías Gómez Latorre como Consejeros, en representación, respectivamente, de los grupos de la patronal y de los obreros, lo cual se hace efectivo mediante una Real Orden de 27 de mayo de 1914 (*Gaceta de Madrid*, 28-V-1914).

Una Real Orden del Ministro de Trabajo, Comercio e Industria, de 31 de julio de 1928 (*Gaceta de Madrid*, 6-IX-1928) integra, en el Consejo de Patronato del Instituto Nacional de Previsión, al Director general de Sanidad:

---

<sup>231</sup> En los Estatutos se establecían las formas de fomentar la previsión popular, entre otras, la publicación de los *Anales del Instituto Nacional de Previsión*, redacción de monografías, creación de una biblioteca, concursos, conferencias, impulso a la correspondencia y reciprocidad de servicios entre Cajas locales de Ahorro de España, constante comunicación con las entidades similares nacionales y extranjeras, y especialmente entre las primeras con el Instituto de Reforma Sociales, arbitraje en las cuestiones que se susciten en las entidades benéficas de previsión popular, exposiciones, colaboración en congresos nacionales e internacionales y estudio de las medidas de carácter sanitario e higiénico que completen y faciliten el funcionamiento del seguro popular. Esta última forma de fomentar la previsión popular, parece que se refiere a medidas preventivas, relacionadas con la medicina social y la medicina del trabajo. Los Estatutos se elevarían a definitivos, mediante un Real Decreto de 26 de enero de 1909 (*Gaceta de Madrid*, 28-I-1909).

<sup>232</sup> El Reglamento de entidades análogas al Instituto se había aprobado el 10 de diciembre de 1908 (*Gaceta de Madrid*, 26-XII-1908); en su artículo primero se establece que serían declaradas entidades similares al Instituto Nacional de Previsión las Cajas de Pensiones de Retiro a favor de las clases trabajadoras constituidas por la acción social como instituciones dedicadas a dicha exclusiva finalidad, o que formasen parte integrante de montepíos, sociedades de socorros mutuos y otras establecidas con fines exclusivamente benéficos, siempre que cumplieran determinadas condiciones; entre éstas se establecía que cumplieran las técnicas actuariales de cálculo de la renta vitalicia.

«... el 4 de mayo último, se amplía la Comisaría Sanitaria Central con dos vocales (...) representantes del Instituto Nacional de Previsión; teniendo en cuenta que es conveniente establecer alguna reciprocidad dando entrada en el Consejo de Patronato del INP a una representación de la Comisaría Sanitaria; considerando que el planteamiento del Seguro de Maternidad y el estudio del de Enfermedad, requiere una constante relación del Instituto con los organismos oficiales de Sanidad»<sup>233</sup>.

Es esta la primera norma que establece la necesaria coordinación entre Sanidad y Trabajo, al objeto de implantar los seguros de maternidad y de enfermedad. Posteriormente, y ya en el Gobierno de la II República, mediante un Decreto de 4 de diciembre de 1931 (*Gaceta de Madrid*, 6-XII-1931), a propuesta del Ministro de Trabajo y Previsión, Francisco Largo Caballero, se modifica la composición del Consejo de Patronato, motivado, según se expone en ese Decreto, por la implantación del Seguro de Maternidad, el establecimiento de la Caja Nacional contra el paro forzoso y el Fondo de Garantía de las indemnizaciones por accidentes del trabajo. Por lo que, el Consejo de Patronato, pasó a estar compuesto por 40 vocales propietarios, ocho con carácter de fundadores, ocho en representación del Estado, ocho de las entidades colaboradoras, ocho patronos y ocho obreros. Y la Junta de Gobierno del Instituto Nacional de Previsión la constituirían, el Presidente, el Consejero delegado, el Consejero secretario y nueve vocales designados por el Consejo de Patronato entre sus miembros.

El Consejo de Patronato y la Junta de Gobierno, al inicio de 1932, quedaron con la siguiente composición<sup>234</sup>:

Tabla IV. Composición del Consejo de Patronato del Instituto Nacional de Previsión [1932]	
Presidente	José Marvá y Máyer
Consejeros fundadores	José Gascón y Marín Pedro Gómez Chaix Adolfo González-Posada Biesca Francisco González Rojas Carlos González Rothvoss Ángel Pulido Fernández Julio Puyol Alonso Elías Tormo Monzó

<sup>233</sup> Real Orden del Ministro de Trabajo, Comercio e Industria, de 31 de julio de 1928 (*Gaceta de Madrid*, 6-IX-1928).

<sup>234</sup> INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. *Composición del Consejo de Patronato y de la Junta de Gobierno*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión [Sobrinos de la Sucesora de M. Minuesa de los Ríos], 1932 (cf. págs. 3-6).

Representantes del Estado	<p>Director General del Trabajo  Jefe del Servicio de Colocación:  Francisco Galia y Sarañana  Representantes del Ministerio de Hacienda:  Juan Ródenas Martínez  Adolfo Sisto Hontán  Director general de Sanidad:  Marcelino Pascua Martínez  Representantes del Gobierno en la Oficina Internacional del Trabajo:  Leopoldo Palacios Morini  Antonio Muñoz Giraldo</p>
Representantes de las entidades colaboradoras	<p>Representantes de entidades cooperadoras y colaboradoras:  Francisco Moragas Barret  José Segurola  Ricardo Pallarés Berjón  José de Gainzarain y Corres  Inocencio Jiménez Vicente  Representante de la sección española de la Asociación Internacional para el Progreso Social:  Pedro Sangro y Ros de Olano.  Representante de los organismos que practican el servicio contra el paro:  [pendiente de designar]  Representante de la Caja Postal de Ahorros:  Julio Rodríguez Mourelo.</p>
Representantes de los patronos	<p>Pedro Pablo de Alarcón  Benito Díaz de Cebosa  Antonio Gómez Vallejo  Antonio Mora Pascual  Aniceto Sela Sampil  Representantes del Consejo de Trabajo:  Francisco Junoy Rabat  Manuel Orueta y Arriero  Representante de los vocales patronos de los patronatos de previsión social:  [pendiente de designar].</p>
<i>Representantes de los obreros</i>	<p>Remigio Cabello Toral  José Molina Moreno  Santiago Pérez Infante  Francisco Sanchís Pascual  Representantes del Consejo de Trabajo  Alfonso Maeso Enguidanos  Enrique Santiago Rivera  Representantes de los vocales obreros de los patronatos de previsión social:  [pendientes de designar]</p>

La Junta de Gobierno del Instituto Nacional de Previsión quedaba constituida, en 1932, por un Presidente, José Marvá y Máyer, que también lo era del Instituto Nacional de Previsión y del Consejo de Patronato; un Consejero delegado, Inocencio Jiménez Vicente, vocal del Consejo de Patronato, como representante de entidades colaboradoras; un



Consejero secretario, Julio Puyol y Alonso, como consejero fundador, y vocal del Consejo de Patronato, y nueve vocales, que también lo eran del Consejo de Patronato: Pedro P. de Alarcón (vocal patrono), Remigio Cabello Toral (vocal obrero), Benito Díaz de la Cebosa (vocal patrono), José de Gainzarain y Corres (representante de cajas colaboradoras), Adolfo González-Posada Biesca (consejero fundador), Francisco Moragas Barret y Aniceto Sela Sampil (vocal patrono).

En 1934, mediante el Decreto de 16 de mayo (*Gaceta de Madrid*, 18-V-1934), dimite del cargo de Presidente del Instituto José Marvá y Máyer, que es sustituido, mediante el mismo Decreto, por Juan Usabiaga Lasquivar, quien un año después será nombrado Ministro de Agricultura; le sustituirá Adolfo González-Posada Biesca, mediante el Decreto de 19 de noviembre de 1935 (*Gaceta de Madrid*, 21-XI-1935).

A través del Decreto de 1 de noviembre de 1935 (*Gaceta de Madrid*, 6-XI-1935), se nombran dos Consejeros del Instituto, vocales ambos representantes del Estado: el Subdirector general de Sanidad, Juan Bosch Marín y el Jefe del Servicio de Previsión Social, Víctor Hernández Font; estos nombramientos vienen motivados por la supresión de las Direcciones Generales de Trabajo y de Sanidad, viniendo éstos a sustituir a aquellos Directores generales que formaban parte del Consejo de Patronato. Pocos meses después, mediante el Decreto de 27 de abril de 1936 (*Gaceta de Madrid*, 2-V-1936), se nombra como vocal del Consejo de Patronato del Instituto Nacional de Previsión, en representación del Estado, a Jesús Jiménez y Fernández de la Reguera, nombrado Director general de Sanidad desde abril de este año de 1936.

Una vez iniciada la insurrección militar, mediante el Decreto de 7 de agosto de 1936 (*Gaceta de Madrid*, 8-VIII-1936), se disuelve la Junta de Gobierno del Instituto Nacional de Previsión y se designa un Consejo de Patronato provisional, formado por: Adolfo González-Posada Biesca<sup>235</sup>, presidente del Instituto; Demófilo de Buen Lozano<sup>236</sup>, presidente del Consejo de Trabajo; José Serrano Batanero, presidente del Consejo de Administración del Monte de Piedad y Caja de Ahorros de Madrid; Alfonso Maeso Enguidano; Luis Menéndez Fernández, Antonio Génova y Enrique Santiago Rivera, (vocales obreros); Benito Díaz de la Cebosa y Antonio Mora Pascual (vocales patronos);

---

<sup>235</sup> Adolfo González de Posada cesa como Presidente el 12 de septiembre de 1936 (*Gaceta de Madrid*, 13-IX-1936), es sustituido por Felipe Jiménez de Asúa el 15 de septiembre (*Gaceta de Madrid*, 16-IX-1936). Jiménez de Asúa dimite el 26 de noviembre de 1936 (*Gaceta de la República*, 28-XI-1936) y será sustituido por Trifón Gómez San José.

<sup>236</sup> Demófilo de Buen dimite del 23 de noviembre de 1936 (*Gaceta de la República*, 23-XI-1936).

Fernando Lorenzo de No y Antonio Vaquero Márquez (miembros de la comisión revisora del balance del Instituto) y Alfonso R. Kuntz<sup>237</sup>, en representación de los funcionarios.

Durante la guerra civil española, desde Valencia, se aprueba una Orden de 25 de septiembre de 1937 (*Gaceta de la República*, 26-IX-1937) por la que se constituye un nuevo Consejo de Patronato, con una nueva estructura, según lo establecido el seis de agosto de ese mismo año. Este Consejo estuvo presidido por Trifón Gómez San José y fueron Consejeros: Luis García Cubertoret y Antonio Vaquero Márquez (representantes del Ministerio de Hacienda y Economía); Andrés Mancebo Fernández y Enrique de Santiago Ribera (representantes del Ministerio de Trabajo y Asistencia Social); Luis Menéndez Fernández y Antonio Génova Palacios (representación obrera); Benito Díaz de la Cebosa y Antonio Mora Pascual (representación patronal) y Emilio Álvarez Alzaga (representante del personal del Instituto Nacional de Previsión), éste nombrado, de forma provisional, el 13 de febrero de 1937.

Mediante Decreto de 15 de julio de 1938 (*BOE*, 24-VI-1938), Francisco Franco aprobó una nueva estructura del Instituto, que dio lugar a nuevos nombramientos; su composición se analiza en el capítulo tercero.

## **2.2. El seguro de enfermedad en otros países europeos, antes de su implantación en España**

El país pionero en la implantación del seguro de enfermedad fue Alemania, durante el gobierno de Otto Eduard Leopold von Bismarck, mediante la Ley de 15 de junio de 1883. Poco a poco se fue regulando en el resto de países europeos.

La organización del seguro de enfermedad en cada país fue muy diferente. El médico Joaquín Espinosa Ferrándiz realizó, en 1932, un estudio minucioso al respecto, cuando se pensaba en una inminente implantación en España<sup>238</sup>. Sin embargo, la Ley del seguro obligatorio español se aprobó casi once años después, al mediar la guerra civil española.

---

<sup>237</sup> Alfonso R. Kuntz dimite el 30 de enero de 1937 (*Gaceta de la República*, 2-II-1937).

<sup>238</sup> Joaquín ESPINOSA FERRÁNDIZ. *El Seguro de Enfermedad: Estudio médico-social ante su implantación en España*. Madrid: Biblioteca de la Revista de Medicina, 1932 (cf. págs. 61-66). Joaquín Espinosa participó en la ponencia organizada por el Gobierno de la II República para la elaboración del primer proyecto de ley español referido al seguro de enfermedad; también, en el Consejo mixto del Ministro de Trabajo, Justicia y Sanidad, creado con el mismo objeto. Falleció, a los 40 años de edad, en un accidente de avión, en el año 1944 (*La Vanguardia Española*, 5-II-1944, cf. pág. 9).

En su estudio médico-social, Joaquín Espinosa describía los tres sistemas diferentes en que se basaban los seguros de enfermedad de los países europeos, teniendo en cuenta la forma de elección del facultativo; en ese estudio también detalló el elevado número de países europeos que lo implantaron antes que España. Destacaba este autor que, en España, existía un núcleo numeroso de profesionales que defendían la opción 'sin libre elección de médico'. Las tres opciones señaladas por Joaquín Espinosa eran las siguientes:

1<sup>a</sup>- Libre elección del médico. El asegurado podía solicitar la asistencia sanitaria del médico elegido libremente. El médico también era libre de aceptar o no la asistencia de los asegurados y, por lo general, cuando esta asistencia le convenía, lo había manifestado al sindicato médico, comprometiéndose a respetar lo acordado entre la colectividad médica y las cajas aseguradoras. Francia era el modelo puro de este sistema de asistencia. La libre elección en Inglaterra, aunque oficialmente era absoluta, en la realidad debía mediar una inscripción previa del médico en una lista local y en el *Medical Register*.

2<sup>a</sup>- Elección restringida a los médicos agregados a las cajas. El asegurado sólo podía solicitar la asistencia de los facultativos de los que disponían las cajas aseguradoras, éstas, previamente debían haber suscrito un contrato con ellos; aunque las urgencias quedaban exceptuadas del régimen general. Este era el régimen por el que había optado Alemania.

3<sup>a</sup>- Sin libre elección. En esta tercera opción, la denominada por Joaquín Espinosa 'médico funcionario de las cajas', el asegurado tenía un médico fijo, que era empleado del seguro. Este sistema era el establecido en Hungría. En la antigua Checoslovaquia, el enfermo podía elegir facultativo, pero entre una limitada lista de médicos de cajas. En Polonia no existía la libre elección para la asistencia a domicilio, pero en las policlínicas el enfermo podía elegir entre los médicos de las numerosas instituciones que organizaban el seguro. En Yugoslavia, a partir de la Ley de 19 de febrero de 1924, el servicio médico en toda la nación estaba atendido sólo por los médicos de caja.

Había naciones, como Austria, que tenían diversidad de sistemas y, otras, como Dinamarca, en las que los sistemas diferían de la población urbana al medio rural. La regulación del seguro de enfermedad en los países europeos se había impulsado a raíz de la celebración de diversas conferencias internacionales. España, atenta a esos movimientos en los que también participaba, celebró dos conferencias de seguros sociales que dieron lugar a diversos avances en la regulación de los seguros sociales: la

Conferencia de Madrid de 1917 y la Conferencia de Barcelona de 1922. Sin embargo, el primer intento objetivo de implantación del seguro de enfermedad, no se produce hasta el año 1936, cuando se aprueba y se publica en la *Gaceta de Madrid* un proyecto de Ley.

### 2.3. La Conferencia Nacional de Seguros Sociales, Madrid 1917

El 7 de agosto de 1914 se publicaba en la *Gaceta de Madrid* la declaración de neutralidad de España en la primera guerra mundial, «Declarada, por desgracia, la guerra entre Alemania, de un lado y Rusia, Francia y el Reino Unido de la Gran Bretaña e Irlanda, sucesivamente, de otro, y existiendo el estado de guerra en Austria, Hungría y Bélgica, el Gobierno de S.M. se cree en el deber de ordenar la mas estricta neutralidad a los súbditos españoles, con arreglo a las leyes vigentes y a los principios de derecho público internacional». Las consecuencias de esta declaración supusieron, en principio, un cambio positivo en el aspecto económico para España, pues los países beligerantes necesitaban alimentos, uniformes, metales, carbón etc., y España fue uno de los principales países que los podía proporcionar, lo que provocó el alza de la industria textil catalana, de la minería asturiana, de la siderurgia vasca y de toda la agricultura peninsular; también mejoraron considerablemente la industria de armas ligeras, la industria naval y el transporte de mercancías. Hubo una importante variación en el comercio exterior entre los años 1914 y 1917, con carácter general se incrementó la exportación en una media de mas del 50%, incluso, determinados productos, como cebada, tejidos de lana, arroz, papel, jabón, y hierro, en el año 1916, alcanzaron cifras de exportación superiores a las del año 1917. Este despegue económico consiguió cancelar la deuda exterior y produjo una considerable acumulación de oro en el Banco de España<sup>239</sup>.

<sup>239</sup> Tabla V. Valor, en pesetas, de los principales artículos exportados por España

<b>Productos exportados</b>	<b>1915</b>	<b>1917</b>
Tejidos de lana	34.518.852	70.279.064
Tejidos de algodón	42.957.169	105.022.063
Conservas alimenticias	33.523.170	56.771.269
Arroz	6.971.001	12.981.288
Papel	5.848.587	11.077.777
Jabón	1.147.153	4.108.224
Trigo	440.672	780.744
Cebada	876.716	12.981.288
Hierro y acero	7.795.806	28.441.198
Fuente: DIRECCIÓN GENERAL DEL INSTITUTO GEOGRÁFICO Y ESTADÍSTICO. <i>Anuario estadístico de España. Año II. 1915</i> . Madrid: Imprenta de los sobrinos de la sucesora de M. Minuesa e los Ríos, 1916 [Consultado en <a href="http://www.ine.es/inebaseweb">www.ine.es/inebaseweb</a> ]; DIRECCIÓN GENERAL DEL INSTITUTO GEOGRÁFICO Y ESTADÍSTICO. <i>Anuario estadístico de España. Año IV. 1917</i> . Madrid: Imprenta de la viuda de Prudencio Pérez de Velasco, 1918 [Consultado en <a href="http://www.ine.es/inebaseweb">www.ine.es/inebaseweb</a> ].		

Sin embargo, el incremento de la demanda exterior dio lugar a que en el territorio español comenzaran a escasear productos, sobre todo alimentos, provocando un movimiento alcista de los precios y el consiguiente descontento social. Posteriormente, al firmarse el Tratado de Versalles (1919), la situación social aún empeoró más, pues empezaron a disminuir los beneficios y a incrementarse el paro. La influencia del exterior, añadida a la complicada situación interna, incidieron en la 'conciencia' de la clase obrera, provocando un crecimiento del movimiento sindical y de los partidos de izquierdas. Cuando la intensa conflictividad laboral dio lugar a una huelga general se generó la denominada 'crisis de 1917'; la revolución bolchevique se convirtió en la mayor amenaza para las clases conservadoras y para la burguesía española<sup>240</sup>.

Álvaro Soto Carmona señala esa fecha de 1917 como punto de inflexión hacia un sistema político mas preocupado por las cuestiones sociales. El nuevo sistema desarrollaría una importante producción normativa reguladora de mejoras en las condiciones del trabajo obrero:

«Tras la importante crisis social abierta en 1917, en la cual el régimen se agota debido a la estrechez de su sistema político y a la falsificación permanente de la opinión pública, y el proletariado adquiere un nivel de organización importante alcanzando el movimiento huelguístico cotas hasta entonces desconocidas.

La legislación del trabajo se amplía considerablemente; se regula el descanso dominical, el contrato de aprendizaje, la jornada máxima de trabajo, [algunos] seguros sociales, etc.»<sup>241</sup>.

En ese ambiente económico y social, la política de previsión conoció un importante auge; Josefina Cuesta Bustillo indica que, en la adopción de estas nuevas medidas, tuvieron mucho que ver los conflictos sociales pues, en definitiva, esas medidas sociales debían evitar la temida 'revolución'. La misma autora apunta otros motivos adicionales, como los beneficios acumulados de los patronos durante la guerra, que facilitarían su participación en la financiación de los seguros, la crisis demográfica europea unida a una defensa de la producción, etc.

«Pretende esta política un cierto consenso social (...). Podemos decir sin miedo a equivocarnos, que los conflictos sociales subyacen en la adopción de estas medidas, que si no son exclusiva conquista obrera, no son ajenas tampoco a

---

<sup>240</sup> Eduardo Dato, como Presidente del Consejo de Ministros, en 1917 intentó estabilizar la agitación política y social mediante la disolución del Parlamento y la legalización de las Juntas militares, por lo que fue duramente criticado.

<sup>241</sup> Álvaro SOTO CARMONA. *El trabajo industrial en la España contemporánea, 1874-1936*. Madrid: Anthropos, 1989 (cf. págs. 256-257).

la conciencia y movilización de los trabajadores y a la conflictividad social manifiesta.

No ha sido ajena tampoco la necesaria reconversión industrial subsiguiente a la postguerra (...) las ganancias acumuladas durante la guerra permiten también al Estado arrancar algunas de estas medidas a los patronos. La necesidad de éstos de mantener una oferta de mano de obra en la crisis demográfica europea y la defensa de la producción motivan su aceptación, en muchos casos a regañadientes, de las nuevas leyes (...).

La necesidad del sistema político de realizar ciertas concesiones secundarias “en evitación de la revolución” o de la reforma estructural y la búsqueda de nuevas bases sociales en un sistema representativo caciquil y caduco pueden contribuir también a explicar la política de previsión social»<sup>242</sup>.

De este auge de la política social formaron parte las conferencias organizadas por el Gobierno español, celebradas en 1917 y en 1922, que dieron lugar a la adopción de importantes decisiones, entre ellas, la aprobación del primer seguro social obligatorio, el de vejez, en 1919. Domingo Sánchez Navarro no duda en calificar las conclusiones obtenidas en esta Conferencia de 1917, como ‘históricas’ para el avance de la previsión social obligatoria:

«De todos los trabajos desarrollados para el establecimiento de las primeras formas de Previsión social obligatoria, ni el Régimen de libertad subsidiada, ni los estudios realizados al amparo del RD de 5 de marzo de 1910, tuvieron la importancia de los acuerdos adoptados en la Conferencia de Seguros Sociales celebrada en Madrid del 24 al 31 de octubre de 1917»<sup>243</sup>.

En la exposición de motivos del Real Decreto de 29 de julio de 1917 (*Gaceta de Madrid*, 31-VII-1917), mediante el que se convocaba la Conferencia de ese año, se recogía la necesidad de implantar el mayor número posible de seguros sociales, entre ellos el seguro de enfermedad<sup>244</sup>. Además, se introduce un objetivo nuevo, el Estado no sólo debe desarrollar su política social pensando en las clases obreras, sino que debe extenderla a toda la sociedad, pues los riesgos son ‘sociales’, no sólo del trabajo; y para ello tendrá que redactar Leyes, considerando las distintas capacidades económicas de los ciudadanos para que el reparto de la carga financiera sea lo más justo posible. En concreto, en esta exposición de motivos se afirma:

---

<sup>242</sup> Josefina CUESTA BUSTILLO. *Hacia los Seguros Sociales Obligatorios. La crisis de la restauración*. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1988 (cf. págs. 68-69).

<sup>243</sup> Domingo A. SÁNCHEZ NAVARRO. *La gestión de la Seguridad Social en España*. Madrid: Consejo Económico y Social, 2003 (cf. pág. 51).

<sup>244</sup> Este Real Decreto de 29 de julio de 1917 (*Gaceta de Madrid*, 31-VII-1917), se aprueba a propuesta del Ministro de Fomento, Luis de Marichalar y Monreal, vizconde de Eza, en el Gabinete presidido por Eduardo Dato. Marichalar fue un político del partido conservador, especializado en cuestiones económicas, sociales y agrarias, había sido Director General de Agricultura en 1907. Formó parte del primer Consejo de Patronato del INP.

«Desde el seguro de enfermedad hasta el de amparo a la familia en caso de muerte, la sociedad reclama hoy como labor preventiva (...) la organización de los seguros que atañen a la ancianidad, a la invalidez, a la falta del trabajo y a la maternidad. El fomento y la reglamentación del seguro por parte del Estado no es sólo un aspecto de la tutela legal que al mismo corresponde a favor de las clases modestas, sino un medio de proveer al bienestar de todos los ciudadanos, cualesquiera que sea su condición económica, garantizándoles contra los riesgos inherentes a la vida social»<sup>245</sup>.

En la misma exposición de motivos, los poderes públicos defendían los seguros sociales obligatorios para todas las contingencias. Entre otras razones, porque los objetivos previstos serían más fáciles de conseguir al estar obligada a asegurar el riesgo toda la población sometida a éste; además, porque se facilitaría su valoración técnica, al depender de las matemáticas financieras y de la estadística, «para la mayor eficacia del seguro y aún para la debida apreciación técnica que exige la constitución de grandes masas, ya que sólo en ellas se cumplen las leyes de la Estadística». Y, por último, para defender la implantación del aseguramiento obligatorio se añade que, en otros países económicamente mas desarrollados de Europa, ésta era la fórmula predominante. En la misma exposición de motivos se repasa la situación de los seguros que estaban aprobados en España en ese momento y, en base a las consideraciones anteriormente comentadas, se detalla la propuesta a estudiar y debatir. Por un lado, se proponía, de forma tasada, la aprobación de nuevos seguros y, por otro, se imponía la obligatoriedad para todos, tanto para los existentes (vejez e invalidez absoluta) como para los nuevos (invalidez para el trabajo, temporal y permanente, paro involuntario y maternidad):

«Por lo que respecta al seguro de vejez o invalidez absoluta, encomendado al Instituto Nacional de Previsión, el régimen que hoy le condiciona es de libertad subsidiada, clasificada como de transición entre el seguro libre y el seguro obligatorio (...). Los otros seguros sociales, a saber, los de invalidez para el trabajo en sus dos formas de temporal y permanente, el de paro involuntario del trabajo y el de maternidad, no se hallan todavía entre nosotros en tan avanzado periodo de evolución; solo el primero, en su modalidad temporal (enfermedad), nos ofrece ya prácticas suficientes para el estudio que intentamos (...). Con tales antecedentes, entiende el Ministro que suscribe que ha llegado el momento de procurar la mayor eficacia de estas formas de la Previsión social, dándoles carácter obligatorio»<sup>246</sup>.

Continúa la exposición de motivos indicando que, para lograr los citados objetivos, era necesario obtener el máximo consenso; por ello, señala la conveniencia de alcanzar acuerdos entre los patronos y los obreros y, a su vez, contar con la opinión del mayor

---

<sup>245</sup> Real Decreto de 29 de julio de 1917 (*Gaceta de Madrid*, 31-VII-1917).

<sup>246</sup> Real Decreto de 29 de julio de 1917 (*Gaceta de Madrid*, 31-VII-1917).

número de técnicos especialistas, sobre todo del campo del seguro, mediante la convocatoria de una Conferencia:

«Desea que cualquiera que fuese la resolución que en su día se adopte, vaya avalada con la opinión de aquellos elementos especializados en esta materia, así en la técnica del seguro como en la de la sociología y la economía, y de aquellos otros directamente relacionados con el problema, como son los obreros y los patronos; y a este efecto he pensado en la convocatoria de una Conferencia de tales especialistas, para que examinen todos los términos de la cuestión y emitan un juicio sobre la misma»<sup>247</sup>.

Sin embargo, a la Conferencia de 1917 no acudió ningún representante sindical, las razones podrían ser las apuntadas por José Antonio Maldonado Molina:

«La clase trabajadora desconfiaba profundamente de las iniciativas protectoras gubernamentales. Además, la crisis del [19]17 había radicalizado aún más los planteamientos sindicales, dificultándose enormemente su acercamiento a los entes de poder»<sup>248</sup>.

En el articulado del mencionado Real Decreto de julio de 1917, se establece la convocatoria para celebrar en Madrid una Conferencia, del 24 al 31 de octubre de 1917, encargada de proponer los medios mas adecuados para la implantación de los seguros sociales con carácter obligatorio. Estos seguros serían los siguientes: el de accidentes de trabajo; el de invalidez para el trabajo en sus dos formas, temporal (seguro de enfermedad) y permanente; el de paro involuntario del trabajo y el de maternidad. También prevé la publicación de los cuestionarios referentes a cada uno de esos seguros. Y, por último, en cuanto a los proyectos que serían objeto de estudio y discusión en la Conferencia, se establece que tendrían un carácter consultivo y, sus conclusiones, se someterían al Gobierno para que adoptase las resoluciones que procedieran.

En el artículo cuarto de este Real Decreto se detallan los sectores a los que se invitaban a tomar parte en la Conferencia: Instituto de Reformas Sociales, Instituto Nacional de Previsión, Comisaría General de Seguros, Asociación Española para el Estudio del Problema del Paro, Círculo Oficial de Aseguradores, Reales Academias de Medicina y Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico, junto a otros representantes relacionados con el sector de los seguros, como la Asesoría General de

---

<sup>247</sup> Real Decreto de 29 de julio de 1917 (*Gaceta de Madrid*, 31-VII-1917).

<sup>248</sup> José Antonio MALDONADO MOLINA. *Génesis y evolución de la protección social por vejez en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales / Tesorería General de la Seguridad Social, 2002 (cf. pág. 53).



Seguros del Ministerio de la Gobernación, la Comisión Nacional de la Mutualidad Escolar, etc.

También se convocó a la Unión General de Trabajadores, a la Junta Consultiva de las Cámaras de Comercio, Industria y Navegación, y a otras asociaciones representativas de obreros y patronos. Pero no todos los convocados acudieron a la Conferencia de Madrid. En base a lo previsto en el Real Decreto de 1917, el Ministro de Fomento, el vizconde de Eza, promovió la publicación de una Real Orden de 8 de agosto de 1917 (*Gaceta de Madrid*, 9-VIII-1917), donde se designaba a los encargados del estudio de cada una de las ponencias. Así, para el desarrollo del seguro de invalidez se nombró a Antonio Espina y Capó, miembro de la Real Academia Nacional de Medicina y Senador del Reino por la provincia de Teruel, pionero de la radiología en España y destacado investigador en el campo de la epidemiología y en el estudio de la tuberculosis; además de amigo personal de José Canalejas, el impulsor del Instituto del Trabajo, que ‘conmovió el antiguo liberalismo’<sup>249</sup>.



José Canalejas y Mendez [1910]

Library of Congress [USA].  
Prints and Photographs Division,  
Reproduction number: LC-DIG-ggbain-06207



Antonio Espina y Capó

Real Academia Nacional de Medicina  
Expediente Antonio Espina

<sup>249</sup> Para el seguro de vejez se designó como ponente a José Maluquer y Salvador; para el de maternidad se nombró a Tomás Balbás, Consejero honorario del Instituto Nacional de Previsión y fundador de la Caja de Ahorros de Guipuzcoa; para el seguro de accidentes en la agricultura se nombró a José Manuel de Bayo. INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. *Conferencia de Seguros Sociales en Madrid 1917*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión [Sobrinos de la Sucesora de M. Minuesa de los Ríos], 1917.

Y, al mismo tiempo se aprobaba el cuestionario de los temas a desarrollar en la Conferencia para cada uno de los distintos tipos de seguros. Entre otros parámetros, se debían analizar los beneficios mínimos del seguro, su coste, el orden de prelación de los seguros obligatorios, etc.,

En la introducción de su ponencia, Antonio Espina indicaba que el seguro obligatorio de invalidez estaba destinado a prevenir o restablecer la salud del obrero, dada su importancia como elemento productivo del país; incluso cifraba lo que ‘vale un hombre sano’, para ello calculaba la capitalización del producto anual del trabajo, teniendo en cuenta el precio medio del salario, que en España se estimaba entre 5.000 a 6.000 pesetas, para una edad y un jornal de tipo medio. Apuntaba también que, con la implantación del seguro de invalidez, se evitarían desórdenes sociales, derivados de la enfermedad sin previsión, pues «una protesta airada, al hacerse colectiva y violenta, compromete el orden social». En la misma introducción describía el drama familiar que aparecía cuando enfermaba el que ‘sostenía el hogar’, situación que el seguro tenía como objetivo evitar, pues el Estado debía ser visto como «benefactor que hace frente a la penuria e indefensión de los trabajadores»:

«Se arrastran, en nuestras clases medias y en las pobres, los primeros días de la enfermedad: primero, con el poco dinero del día anterior; luego, con el avance, siempre usurario, de la compra al fiado; muy pronto, con el préstamo usurario del establecimiento de compraventa, con cuyo título se esconde la terrible *Casa de Préstamos*, no borrada del pueblo español, y en seguida, con la pérdida del colchón»<sup>250</sup>.

Por último, en esta introducción, Antonio Espina resume la importancia de la implantación del seguro por las razones que apuntaba: se trataba de mantener una mano de obra sana, más productiva, cuyo beneficiado directo sería el patrono, y se trataba, también, de evitar las situaciones de necesidad de los trabajadores ante la enfermedad, provocando la disminución de desórdenes sociales, de lo que también se beneficiaría el patrono al disminuir la conflictividad laboral. Al igual que José Canalejas, defendía el intervencionismo de los poderes públicos en la organización y mantenimiento de un sistema asistencial sanitario público para todos los trabajadores pues, de esta atención individual, se derivaría un beneficio para toda la sociedad, por lo que, en la financiación,

---

<sup>250</sup> Antonio ESPINA Y CAPÓ. *El Seguro de Invalidez*. [La Conferencia de Seguros Sociales, documento 5]. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión [Sobrinos de Sucesora M. Vinuesa de los Ríos], 1917 (cf. pág. 4).

debían participar todos los beneficiados, tanto las distintas Administraciones públicas (Central y Local) como el obrero y el patrono:

«Culpa ha sido de la imprevisión individual del obrero o de la avaricia del patrono, pero mayor culpa será del Estado, que no estudia ni prevé, y, a veces, ni remedia y, por tanto, si el Seguro obligatorio puede salvar y ha de ser eficaz, ha de ser ayudado por el Estado, la Diputación, el Municipio, y, sobre todo, por el patrón, que es el que más directamente recoge un beneficio del obrero fuerte, contento y saludable, y en él difícilmente prenderá el germen del desorden público, si se acostumbró al beneficio del orden privado de su casa»<sup>251</sup>.

En la ponencia de Antonio Espina no solo describe las razones sociales y económicas del seguro, sino que se trata de un estudio fundamentalmente técnico, aporta numerosos datos estadísticos que justifican, de forma objetiva, su implantación, entre otros los relativos a la mortalidad en España; entre las enfermedades de mayor mortalidad destaca la fiebre tifoidea, con un 3,83 por mil habitantes, la viruela, con un 1,97 por mil, la difteria, con un 2,20 por mil y, la de mayor mortalidad, con casi el 10 por mil de habitantes, la tuberculosis.

De las conclusiones obtenidas en la Ponencia, se extractan las siguientes:

1<sup>a</sup>. Es necesario que el seguro se implante con el carácter de obligatorio. Para ello describe, como ejemplo, las importantes instalaciones sanitarias de los países europeos donde ya funcionaba el seguro obligatorio, sostenidas con cuotas inferiores a las de los seguros voluntarios:

«Dos maneras hay de prever: una, voluntaria, individual; otra, colectiva, involuntaria hasta cierto punto, pero, de todos modos, automática e ineludible. La primera es el ahorro (...). La segunda forma, la del Seguro obligatorio, es tal vez un tanto dura y no tan liberal como el Seguro voluntario, pero es mas fácil de implantar, mas barata en la cuota, mas segura en el tiempo, mas eficaz en el momento de la necesidad, muy educativa y muy objetiva, (...) al contemplar en Berlitz la mansión principesca del Sanatorio contra la tuberculosis y la invalidez que allí se ha levantado con el ahorro obligatorio, los Sanatorios sembrados por toda Alemania, los de Francia, Italia e Inglaterra, naciones de psicología tan distinta, pero que todas, y otras muchas más han aceptado como mejor el Seguro obligatorio, no puedo menos que pensar que en España lo hemos de conseguir muy pronto»<sup>252</sup>.

2<sup>a</sup>. La invalidez protegida por el seguro podrá ser temporal o permanente, pero siempre traerá su causa en la enfermedad. La invalidez temporal se definirá por el tiempo de incapacidad para el trabajo, comprendiendo el periodo de enfermedad hasta el

<sup>251</sup> Antonio ESPINA Y CAPÓ. *Op. cit. ut supra*, cf. pág. 4.

<sup>252</sup> Antonio ESPINA Y CAPÓ. *Op. cit. ut supra*, cf. pág. 5.

restablecimiento completo y certificándose el alta de la misma forma que se dio la baja. La invalidez permanente se determinará por la incapacidad total del asegurado para su trabajo habitual.

3<sup>a</sup>. El ahorro obligatorio se completará con bonificaciones del Estado y de las Corporaciones Locales. La cuota contributiva se dictará previo informe técnico del Instituto Nacional de Previsión, del Instituto de Reformas Sociales y de la representación patronal y obrera. Estas mismas entidades informarán para determinar el importe del 'socorro diario', tanto en la invalidez temporal como en la definitiva.

4<sup>a</sup>. Se procederá, con los fondos recaudados, a la construcción de dispensarios y sanatorios.

5<sup>a</sup>. Se autorizará la continuación del ahorro voluntario en aquellas colectividades que lo tengan establecido. Se procurará favorecer la bonificación del ahorro obligatorio con el ahorro voluntario, según se estimen los medios de unir ambos sistemas.

En la misma Conferencia, a Francisco Moragas Barret, fundador de la Caja de Pensiones para la Vejez y de Ahorros de Barcelona, "La Caixa", se le encargó otra importantísima ponencia, la que debía determinar el orden de prelación en la implantación de los seguros obligatorios. Defendiendo los mismos postulados que Antonio Espina, entendía prioritaria la consideración del obrero como un factor productivo; en sus conclusiones, detallaba de forma clara la distinción de las dos 'vertientes' del obrero, por un lado considerado como 'unidad trabajo' y, por otro, como 'jefe de familia', de esta distinción se derivaría su propuesta de orden de prelación en la implantación de los seguros. En primer lugar proponía la aprobación de los seguros que trataban de proteger al obrero (unidad trabajo) y, posteriormente, los que protegerían a su familia (jefe de familia), en concreto, afirmaba:

«La Conferencia de los Seguros Sociales, al examinar el problema del seguro obrero obligatorio, cree que en la implantación de las distintas ramas del mismo ha de distinguirse entre las que se refieren al obrero, considerado en la unidad *trabajo*, y las que se refieren al obrero, considerado en la unidad *familia*. Las primeras comprenden aquellos seguros que afectan al obrero como elemento integrante del factor *trabajo*, en relación constante con el otro factor de la producción, *capital*, y los segundos hacen referencia a aquellos Seguros que interesan especial y directamente al obrero, como jefe de familia, y prevén los diferentes órdenes de necesidades que se presentan en la misma»<sup>253</sup>.

<sup>253</sup> FRANCISCO MORAGAS Y BARRET. *Orden de prelación en la implantación de los seguros sociales* [La Conferencia de Seguros Sociales, 8]. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión [Sobrinos de la Sucesora de M. Minuesa de los Ríos], 1917 (cf. pág. 1).

Al entender la ponencia que interesaba primero la protección del obrero como elemento básico del factor trabajo, relacionado con el factor capital, se propuso un orden de prelación de seguros con ese objeto. También se pensó que el primer seguro obligatorio a implantar debía ser el de accidentes de trabajo, pues ya estaba establecido, aunque no con carácter obligatorio; por ello, el orden de prelación definitivo fue el siguiente:

- 1º Seguros de accidentes de trabajo en la industria y en la agricultura.
- 2º Seguro de pensiones o retiros para la vejez.
- 3º Seguro de la invalidez para el trabajo.
- 4º Seguro del paro involuntario.

Seguirían a estos cuatro seguros, el de maternidad, los de supervivencia y demás ramas del seguro de vida que tienen por finalidad la previsión de las necesidades económicas que se presentan en la familia, en relación con la vida del jefe de la misma.

El seguro de invalidez, debatido en la ponencia y que se proponía su implantación en tercer lugar, recogía la prestación de asistencia sanitaria y las rentas sustitutivas de los jornales en caso de invalidez temporal o permanente y, también, asumiría las pensiones de invalidez absoluta que, en aquel momento, quedaban integradas en el seguro de vejez. En la Conferencia de 1917 también se defendió la necesidad de un “seguro de maternidad”, que se encargara de la atención sanitaria a las trabajadoras en caso de maternidad, además de la liquidación de las correspondientes indemnizaciones sustitutivas del salario.

La celebración de la Conferencia de 1917 favoreció el avance en el desarrollo de la legislación social; de ella se derivó la elaboración del proyecto, aprobado el 18 de febrero de 1919, que daría lugar a la reforma de la Ley de accidentes de trabajo, aunque tardaría tres años en promulgarse. En este periodo se aprobó el Real Decreto de 11 de marzo de 1919 (*Gaceta de Madrid*, 12-III-1919), por el que se estableció el régimen de intensificación de retiros obreros, que impuso la obligatoriedad del seguro de vejez, el primer seguro social obligatorio, cuyas bases se desarrollaron en el Real Decreto de 21 de enero de 1921 (*Gaceta de Madrid*, 23-I-1921) donde se recogía el Reglamento general para el régimen obligatorio del retiro obrero; sin embargo, este seguro obligatorio no incluía a los obreros agrícolas, probablemente porque, como indican diversos autores, aunque se trataba del mayor colectivo de trabajadores de la época, era menos conflictivo que el de los obreros de las factorías. A este seguro se le conoció popularmente como el

‘de la perra gorda’, pues la cuota empresarial se fijó en 10 céntimos diarios, a esta cotización se unió una pequeña aportación estatal que era, aproximadamente, una tercera parte de la empresarial. Esta baja financiación sólo podía atender prestaciones de pequeña cuantía, por ello, la pensión media alcanzaba tan solo a una peseta diaria; el seguro preveía un régimen complementario de mejoras que se nutriría de las aportaciones voluntarias de los asegurados, con unos límites.

Por lo tanto, se habían materializado, aunque no en toda su extensión, las dos primeras propuestas de la lista de prelación de seguros planteada por Francisco Moragas, ahora debería aprobarse la siguiente, que era la implantación del seguro de invalidez para el trabajo, en donde se incluía el seguro de enfermedad.

El periodo comprendido entre 1919 y 1923 es destacado por los historiadores por su elevada conflictividad laboral, las huelgas fueron muy numerosas, no había entendimiento entre patronal y sindicatos, y a esto se unió la política represiva emprendida por el Ministerio de la Gobernación. Esta situación social y política favoreció la creación de un Ministerio que se ocuparía de uno de los principales problemas del país: el trabajo. Mediante el Real Decreto de 8 de mayo de 1920 (*Gaceta de Madrid*, 9-V-1920), a propuesta del presidente Eduardo Dato, se creó el Ministerio de Trabajo, con este Real Decreto, el nuevo Ministerio asumiría las funciones del Instituto de Reformas Sociales, el cual quedaría integrado en su estructura, al igual que el Instituto Nacional de Previsión, y la Sección de Reformas Sociales del Ministerio de la Gobernación, entre otras dependencias. A partir de este momento, los seguros sociales gestionados por el Instituto Nacional de Previsión quedarán unidos al Ministerio de Trabajo, aunque, en su Consejo de Patronato, hubo representantes del Ministerio de la Gobernación. Al frente del nuevo Ministerio de Trabajo se nombró a Carlos Cañal y Migolla, mediante el Real Decreto de 8 de mayo de 1920 (*Gaceta de Madrid*, 9-V-1920). Posteriormente, se denominó como Ministerio de Trabajo, Comercio e Industria, mediante el Real Decreto de 20 de febrero de 1922 (*Gaceta de Madrid*, 22-II-1922). En 1928, este departamento pasó a denominarse Ministerio de Trabajo y Previsión, al que se traspasan las funciones mediante el Real Decreto de 15 de noviembre de 1928 (*Gaceta de Madrid*, 16-XI-1928), nombre más ajustado que ya no creaba dudas respecto a sus competencias de previsión.

La nueva estructura del Gobierno, incluyendo un Ministerio de Trabajo, y la implantación del primer seguro obligatorio de vejez, perseguían una pacificación social, sobre todo de los obreros de las fábricas, donde mas activo era el movimiento sindical.

Incluso de la exposición de motivos del Decreto de creación del nuevo Ministerio de Trabajo se deduce ese fin. Aunque, hay que añadir que, el Tratado de paz de Versalles y las Conferencias Internacionales de Trabajo influyeron de forma decisiva en el avance de la política social:

«El propósito enunciado en el Mensaje de la Corona en la apertura de las Cortes de 1914, de crear el Ministerio de Trabajo, mereció la aprobación general y la muy expresiva del Senado y del Congreso en sus respectivas contestaciones al Mensaje de V.M. La guerra europea surgida poco después, con sus naturales repercusiones en los países neutrales, aplazó la realización de aquél propósito; mas por imperiosas y justas exigencias del momento actual, revive con mayor fuerza la atención que todos los Estados y sus respectivos Gobiernos prestan a las cuestiones sociales, y muy determinadamente a cuanto con el trabajo se relaciona, hasta el punto de haber sido el objeto de cláusulas especiales en el Tratado de Paz y de Conferencias internacionales de carácter permanente (...) por lo cual el Gobierno de V.M. estima llegado el instante (...) de crear el Ministerio de Trabajo, que de momento recoja y sume cuantos Centros y organismos dependientes del Estado y agregados a distintos Ministerios dedican hoy su actividad a la acción social en relación con el mundo del trabajo y para que después, con tan sólida base, desarrolle mayores actividades y eficacia en orden a las cuestiones de su competencia»<sup>254</sup>.

Tampoco hay que olvidar que la implantación del nuevo seguro obligatorio de vejez perseguía, además, aliviar el presupuesto público, al pasar determinadas prestaciones de la beneficencia a prestaciones de previsión pública, financiadas fundamentalmente por el patrono y el obrero, con mejoras voluntarias. En la exposición de motivos del Real Decreto de 11 de marzo de 1919 (*Gaceta de Madrid*, 12-III-1919), de intensificación de retiros obreros, se apuntaban, de forma muy general, las razones de la propuesta:

«La implantación del régimen de intensificación de los Retiros Obreros es de aquellas medidas que con la mayor urgencia reclama nuestra Economía Nacional, no sólo por altas consideraciones de justicia social, de bien entendido humanitarismo y aún de utilidad del tesoro Público, abrumado hoy por atenciones de beneficencia que deben serlo de previsión, sino también por razones de conveniencia técnica, toda vez que con el transcurso del tiempo se encarece el Seguro»<sup>255</sup>.

Por último, como ya se he expuesto, la debilidad financiera del seguro limitó su ambicioso objetivo a corto plazo; sin embargo, para muchos analistas, la implantación de

---

<sup>254</sup> Exposición de motivos, formulada por Eduardo Dato, en el Real Decreto de creación del Ministerio de Trabajo, de 8 de mayo de 1920 (*Gaceta de Madrid*, 9-V-1920).

<sup>255</sup> Real Decreto de 11 de marzo de 1919 (*Gaceta de Madrid*, 12-III-1919).

este seguro obligatorio de vejez se considera el verdadero comienzo de la protección social española, pues no hay protección real si no es obligatoria.

#### **2.4. La Conferencia Nacional de Seguros de Enfermedad, Invalidez y Maternidad. Barcelona, 1922**

En el mismo año 1919 en que se establecía el primer seguro obligatorio, también se aprobó un Real Decreto, de 20 de noviembre de 1919 (*Gaceta de Madrid*, 23-XI-1919), donde se contenía un ‘plan de seguros sociales’, este plan se hacía público con el fin de concretar y sistematizar la acción del Instituto Nacional de Previsión. En el apartado f), de su artículo primero, se recogían aquellos seguros que, entre sus prestaciones, incluían la asistencia sanitaria, detallando, de forma individualizada, el seguro de enfermedad; se trataba de seguros que debía gestionar el Instituto. En concreto, este artículo primero señalaba los siguientes:

- a) Seguros de retiro obreros.
- b) Pensiones de supervivencia.
- c) Seguro popular de vida.
- d) Seguros infantiles diferidos.
- e) Seguro contra el paro forzoso y
- f) Seguros de invalidez, accidentes, enfermedad y maternidad.

Por lo que, con este Real Decreto de 1919, nuevamente se insistía en asignar las competencias de los seguros sociales al Instituto Nacional de Previsión, integrado ya en la estructura del Ministerio de Trabajo, incluso los de carácter sanitario.

Una vez concretada y sistematizada la acción del Instituto Nacional de Previsión, a partir de ese Real Decreto de 1919, el Instituto comenzó a preparar un proyecto de Ley para regular tres de los seguros detallados en ese apartado f). Para el estudio previo de este proyecto de Ley se organizó, en 1922, una nueva Conferencia Nacional, esta vez en Barcelona, en ella se abordaría el estudio de los seguros de invalidez, enfermedad y maternidad.

En relación con el seguro de accidentes, ya se había publicado, a principios del mismo año, una Ley modificando la hasta entonces vigente de accidentes de trabajo. En concreto, la Ley de accidentes de trabajo se aprobó el 10 de enero de 1922 (*Gaceta de Madrid*, 11-I-1922). En ella, la asistencia médica que debía prestarse al obrero



accidentado se regulaba en el artículo quinto, donde se establecía que debía realizarse bajo la dirección de facultativos designados por el patrono, aunque el obrero podía nombrar a su cargo a uno o más médicos que intervinieran en la asistencia que le prestase el médico designado por el patrono. Asimismo, tanto el patrono como el obrero podían reclamar la asistencia de los médicos de la beneficencia municipal y, en cuanto a los medicamentos, el patrono estaba obligado a costearlos con arreglo a la tarifa de la beneficencia. Esta Ley de accidentes también establecía que el aseguramiento de la responsabilidad empresarial podría efectuarse con una mutualidad patronal, o bien con sociedades de seguros constituidas con arreglo al Código de Comercio. Por otro lado, creaba un fondo especial de garantía y designaba, para su administración, al Instituto Nacional de Previsión. Hasta el año 1932 no se estableció la obligatoriedad de este seguro, con la aprobación de la Ley de 4 de julio de 1932 (*Gaceta de Madrid*, 7-VII-1932), que, en su base segunda, establecía que todo patrono comprendido en la Ley de accidentes de trabajo tenía la obligación de estar asegurado contra el riesgo de accidente de sus obreros, siempre que ese accidente produjera incapacidad permanente o muerte.

La Conferencia de 1922 se organizó por el Instituto Nacional de Previsión, bajo el patrocinio del Ministerio de Trabajo y con la colaboración de la Caja de Pensiones para la Vejez y de Ahorros de Barcelona; se celebró durante los días 20 al 27 de noviembre. En el artículo 2º del Reglamento se recogía su carácter técnico-social y se describía su finalidad:

«La Conferencia tendrá carácter técnico-social, y en ella se estudiará la manera mas adecuada de establecer los siguientes seguros sociales:  
Seguro de invalidez para el trabajo, en sus diversas formas;  
Seguro de enfermedad;  
Seguro de maternidad»<sup>256</sup>.

En la primera ponencia de esta Conferencia, desarrollada, entre otros, por Severino Aznar y Luis Jordana de Pozas, (que también participaron en otras ponencias, con Adolfo Buylla, Tomás Balbás, Vicente Dualde y Enrique Radua), en su conclusión tercera, se defendía la necesidad de que la implantación de los seguros se hiciera cuidando su coordinación, no solo entre estos seguros, sino también con los de vejez, accidentes y paro. En concreto, planteaba:

«Es deseable que:

---

<sup>256</sup> INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. *Conferencia Nacional de Seguros de Enfermedad, Invalidez y Maternidad en Barcelona 1922*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión [Sobrinos de la Sucesora de M. Minuesa de los Ríos], 1925 (cf. pág. 4).

a) Los diferentes Seguros Sociales tengan la misma finalidad social, delimiten de igual manera el sector de la población asegurable y se ajusten con tal exactitud, que no dejen riesgo de anormalidad económica procedente del trabajo que no sea previsto.

b) Sin perjuicio de las variantes orgánicas propias de cada uno, articulen su organización de manera que impongan el mínimo número de funcionarios y simplifiquen los procedimientos de recaudación y pago»<sup>257</sup>.

Lo acertada de esta conclusión se ha destacado por Domingo Sánchez Navarro al señalar que,

«Nunca se dijo en tan pocas palabras, en forma clara y sucinta los cuatro grandes problemas de la gestión de los seguros: el campo de aplicación, la acción protectora, la organización de la gestión y los procedimientos administrativos aplicables.

La solución de alguno de ellos es asignatura pendiente en los años 2000»<sup>258</sup>.

En la misma ponencia se recomendaba la implantación simultánea, derivada de esa necesaria coordinación; sin embargo, conocedores de las dificultades técnicas y financieras, recogían la posible implantación sucesiva.

En cuanto a las prestaciones que debía realizar el seguro, los ponentes, Aznar, Jordana y otros, defendieron tres tipos de prestaciones: una, en especie, la asistencia sanitaria, y dos económicas. La asistencia sanitaria comprendería la médica (general y especializada), quirúrgica, farmacéutica y ortopédica, tanto domiciliaria como hospitalaria, para todos los asegurados y los familiares a su cargo, además preveían un subsidio para el asegurado desde el quinto día de la enfermedad y, por último, se recomendaba un subsidio para gastos de sepelio. En cuanto al coste del seguro, la ponencia concluyó que debía repartirse entre los poderes públicos (Estado, Ayuntamiento y Diputaciones), los patronos y los obreros.

Una de las conclusiones de la Conferencia de Barcelona fue la defensa de la necesaria y pronta implantación de estos seguros. En otra ponencia, la realizada por Carlos Cortezo, Manuel Salazar y José Gascón y Marín, se concluyó que para alcanzar el objetivo de su rápida implantación, lo más adecuado sería utilizar las instalaciones

---

<sup>257</sup> INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. *Conferencia Nacional de Seguros de Enfermedad, Invalidez y Maternidad en Barcelona 1922*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión [Sobrinos de la Sucesora de M. Minuesa de los Ríos], 1925 (cf. pág. 14).

<sup>258</sup> Domingo SÁNCHEZ NAVARRO. *La gestión de la Seguridad Social en España*. Madrid: Consejo Económico y Social, 2003 (cf. pág. 54).

sanitarias de la beneficencia pública y encargar la administración de los tres seguros a las sociedades de socorros mutuos.

Por último, es interesante destacar una de las conclusiones obtenidas en otra ponencia, la realizada por Manuel Marín Salazar, Ángel Pulido y Francisco Esquedo, relacionada con la prevención de las enfermedades. En ella se recomendaba, también, que el Estado, las provincias y los municipios, contribuyeran con su organización benéfico-sanitaria al éxito del funcionamiento del seguro de enfermedad, pues eran los encargados oficialmente de la defensa sanitaria del país.

Sin embargo, de los tres seguros estudiados en la Conferencia de Barcelona, solo uno se llegó a aprobar en breve plazo; el 21 de agosto del 1923, un año después de la Conferencia, se aprobó mediante Real Decreto un subsidio a 'favor de las obreras que diesen a luz' (*Gaceta de Madrid*, 23-VIII-1923). Unos meses antes, mediante la Real Orden de 25 de abril de 1923 (*Gaceta de Madrid*, 1-V-1923), se encargó al Instituto Nacional de Previsión la adaptación de las bases contenidas en su informe de 23 de febrero, «para establecer un Seguro de Maternidad separadamente del de enfermedad, de modo que en su día puedan integrarse ambos seguros conforme a la conveniencia que el Consejo de Patronato de esa Institución ha señalado»<sup>259</sup>.

Pero aún tuvieron que transcurrir siete años mas para que, en 1929, se implantara, de forma obligatoria, el seguro de maternidad, el segundo seguro social obligatorio, aprobado mediante el Real Decreto Ley de 22 de marzo (*Gaceta de Madrid*, 24-III-1929), que ampliaba el subsidio de maternidad existente desde 21 de agosto de 1923; esta Ley de 1929 fue desarrollada por la de 26 de mayo de 1931 (*Gaceta de Madrid*, 28-V-1931) y, en 1942, se integró en el seguro de enfermedad<sup>260</sup>, por lo que algunos autores afirman que, con la implantación del seguro de maternidad, había comenzado la del seguro de enfermedad.

El seguro obligatorio de maternidad de 1929 garantizaba a las trabajadoras un salario durante el descanso obligatorio y la asistencia facultativa en el embarazo y en el parto, además de los premios de lactancia y el derecho de las trabajadoras a utilizar las

---

<sup>259</sup> Real Orden de 25 de abril de 1923 (*Gaceta de Madrid*, 1-V-1923).

<sup>260</sup> El Reglamento del seguro de maternidad fue aprobado por Real Decreto de 29 de enero de 1930 (*Gaceta de Madrid*, 1-II-1930).

obras de protección a la maternidad y a la infancia<sup>261</sup>; en él se incluía a las beneficiarias inscritas en el régimen obligatorio de retiro obrero. Para garantizar y facilitar la asistencia facultativa, se preveía un régimen de conciertos entre el Instituto Nacional de Previsión, y sus cajas colaboradoras, con los Colegios de médicos y farmacéuticos y, también, con las organizaciones de comadronas. La norma establecía la aportación de los Ayuntamientos y de las Diputaciones para mantener este seguro de maternidad que, fundamentalmente, consistió en la prestación de la asistencia por los facultativos de la beneficencia municipal y su red de hospitales y clínicas. En cuanto a los servicios farmacéuticos, la dispensación se debía efectuar mediante receta del médico del seguro y, además, se preveía que el material farmacéutico necesario para la atención en el parto debería decidirse previo informe de la Sociedad Ginecológica Española y de la Real Academia de Medicina.



Severino Aznar y Embid

Prensa Diaria Aragonesa, S.A.  
[Zaragoza]



José Marvá y Máyer

Real Academia Nacional de Ciencias,  
Exactas, Físicas y Naturales  
Expediente José Marvá



Luis Jordana de Pozas

Prensa Diaria Aragonesa, S.A.  
[Zaragoza]

José Marvá y Máyer, tras la Conferencia Nacional de 1922, editó un resumen de objetivos y resultados; este trabajo lo desarrolló para informar al Consejo de Patronato del Instituto Nacional de Previsión; nadie mejor que él pues, además de presidente del Instituto, lo fue de la Conferencia. El trabajo lo estructuró en cuatro apartados: fines, resultados, conclusiones y una reflexión general sobre la Conferencia y el Instituto

<sup>261</sup> Para facilitar la creación de estas Obras de protección se estableció que, además de financiarse con fondos del seguro, recibiría aportaciones del Estado, de las Diputaciones, Cabildos insulares, mancomunidades, entidades mutualistas, patronos, etc.

Nacional de Previsión que, a su vez, subdividía en trabajos mediatos y trabajos inmediatos.

Los fines los dividió en cuatro subapartados, con el siguiente literal:

«1º. Contestar a la consulta que nos había hecho el Ministerio del Trabajo, Comercio y de la Industria sobre la manera de cumplir el compromiso contraído por la representación de España en Washington de octubre de 1919 y por el Parlamento español en la ley de julio de 1922 sobre el seguro de maternidad. Siguiendo normas tradicionales ya en este Instituto, deseábamos contestar en colaboración con la sociedad, especialmente con la de las clases más interesadas y más capacitadas de ella.

2º. No ignorábamos los numerosos intereses que se creían amenazados por esta gran reforma de política social. Teníamos el deber de conocerlos, valorarlos y buscarles cauce de coordinación. (...) nos hacía desear el convertir esos intereses y a las clases o entidades que celosas los defendían, de adversarios, en colaboradores (...).

3º. Si toda reforma social ha de elevarse sobre bases de realidad para ser justa y viable, mucho más lo requiere ésta que, tal vez con carácter obligatorio, se impondrá a más de las tres cuartas partes de la población nacional. Es preciso conocer la realidad española (...).

4º. Ante los técnicos juristas, sociales, médicos y farmacéuticos, actuariales y financieros, importaba plantear el problema de los principios y de los procedimientos, y utilizar así, en bien de España, la aportación insustituible de su experiencia y de sus conocimientos especializados»<sup>262</sup>.

En el apartado de resultados, José Marvá exponía que el informe solicitado por el Ministro del Trabajo, Comercio e Industria se había obtenido con el consenso de todas las partes implicadas: la organización médica, los montepíos, las corporaciones públicas locales, los representantes del movimiento obrero, las compañías de seguros mercantiles y los patronos.

En el apartado de conclusiones, señalaba que las pensiones acordadas eran mayores que la del seguro de vejez<sup>263</sup>, añadía que no se aseguraría solo a los menores de 45 años sino a todos los trabajadores y que el máximo de ingresos que debía excluir de los beneficios del seguro se elevaría de 4.000 a 6.000 pesetas, ampliando así el número de beneficiarios. A los nuevos seguros, que contenían la prestación de asistencia sanitaria y el subsidio de entierro, los denominaba 'familiares'.

En el último apartado, José Marvá describía los trabajos que, después de la Conferencia, debía realizar el Instituto Nacional de Previsión. En primer lugar, había que

---

<sup>262</sup> José MARVÁ Y MAYER. *Conferencia Nacional de Seguros de Enfermedad, Maternidad e Invalidez*. [Madrid: Imprenta de 'La Enseñanza'], 1922 (cf. pág. 369-379).

<sup>263</sup> De 2,50 pesetas para enfermedad y maternidad, y de 2 pesetas para invalidez.

detallar las prestaciones de los seguros, el número más aproximado posible de beneficiarios y, de ahí, calcular su coste para poder decidir sus fuentes de financiación. Sería necesario conocer cuántas instituciones públicas y privadas podrían utilizarse para la implantación del seguro, añadidas a las de beneficencia (cuyos datos los había aportado Sandino en la Conferencia).

A este trabajo, José Marvá unió, como apéndice, las conclusiones obtenidas de los once temas debatidos en la Conferencia de Barcelona. La primera conclusión del tema primero defendía, de forma tajante, la pronta implantación de estos seguros sociales, de enfermedad, invalidez y maternidad; en su conclusión cuarta recomendaba que esa implantación de los seguros fuera simultánea. La conclusión primera del tema tercero entendía necesaria la aportación de servicios por parte del Estado, las provincias y los municipios en la organización de los nuevos seguros sociales. La conclusión primera del tema quinto recomendaba que la administración de estos seguros se confiara a las sociedades de socorros mutuos, fomentando su creación en aquellas regiones españolas donde no fueran suficientes.

En cuanto al tema séptimo, titulado ‘colaboración médica y farmacéutica’, la conclusión quinta defendía los derechos adquiridos por los facultativos de la beneficencia y la conclusión sexta recomendaba la intervención de los Colegios de médicos y farmacéuticos para resolver las cuestiones profesionales. La conclusión tercera del tema noveno relacionado con las prestaciones, concretaba las siguientes:

a) La asistencia médica (general y especializada), quirúrgica, farmacéutica y ortopédica, domiciliaria o en hospitales, clínicas o sanatorios y preventorios antituberculosos, antisifilíticos etc., al asegurado y a todos los individuos de su familia, a quienes sustente, desde el día que se declaró la enfermedad.

b) Un subsidio al asegurado desde el quinto día de la enfermedad hasta el límite de seis meses.

c) Un subsidio por fallecimiento del asegurado o cualquiera de los individuos de su familia por él sostenidos.

Y en la conclusión cuarta del mismo tema noveno se defendía que el coste del seguro de enfermedad debía ser sufragado por los entes públicos locales, por el Estado, y por los patronos y obreros.

En cuanto a la asistencia farmacéutica, en la Conferencia se preveía que su importancia sería fundamental, pues su importe podría ser superior a los gastos médicos,

como ya ocurría en numerosas mutualidades. Así se expuso en la ponencia dedicada a las sociedades de socorros mutuos:

«La organización de los servicios farmacéuticos sería, para la Mutualidad aseguradora de la salud, una cuestión tan fundamental como la organización médica, pues en gran número de mutualidades, los gastos farmacéuticos figuran en su balance con un importe superior a la suma total de los honorarios médicos por ellas satisfechos»<sup>264</sup>.

El sistema de abono de la asistencia médico-farmacéutica fue muy debatido<sup>265</sup>, llegó a acusarse a los farmacéuticos de mercantilista por alguno de los participantes en las ponencias, lo que da idea de la importancia del gasto que se preveía. Estas acusaciones se iniciaron al debatir si al asegurado se le debía pagar una cuantía en metálico para que él liquidara dicha asistencia, directamente a los profesionales sanitarios, o si esa asistencia se debía liquidar por la entidad administradora del seguro; fue esta última opción la aceptada y elevada a conclusiones.

*Criterio profesional, propuesto en la Conferencia de 1922, por el Sindicato Médico de Madrid y su provincia y el Comité de Delegados de Médicos de Sociedades de Madrid sobre el seguro de enfermedad*

En la Conferencia de Barcelona, de 1922, se aportó un documento elaborado conjuntamente por el Sindicato Médico de Madrid y su Provincia y por el Comité de Delegados de Médicos de Sociedades de Madrid, en el que se contenía una detallada información sobre la actividad de estos profesionales sanitarios y sus propuestas para la organización sanitaria del seguro de enfermedad. El documento concluía con la opinión de este colectivo respecto a la implantación del seguro social obligatorio de enfermedad en España.

La importancia de este documento radica en que, entre el Sindicato Médico de Madrid y su Provincia y el Comité de Delegados Médicos de Sociedades de Madrid, agrupaban a más de 600 médicos; por lo que su opinión era importante a tener en cuenta si lo que se pretendía era consensuar intereses para llevar a buen término el proyecto de implantación del seguro. En el seguro de enfermedad, la principal labor debería efectuarse por los profesionales sanitarios, pues no sólo se les encargaría la asistencia sanitaria o

---

<sup>264</sup> José MARVÁ Y MAYER. *Conferencia Nacional de Seguros de Enfermedad, Maternidad e Invalidez*. [Madrid: Imprenta de 'La Enseñanza'], 1922 (cf. pág. 167).

<sup>265</sup> José MARVÁ Y MAYER. *Op. cit. ut supra*, págs. 190-220.

prestación en especie, sino que sus decisiones tendrían repercusión directa en el coste de las prestaciones económicas, a través de la emisión de partes de bajas y altas laborales.

Estas asociaciones profesionales exponían que Madrid, en ese momento, contaba con cuarenta sociedades de 'medico, botica y entierro' y con 400 médicos, que atendían a un total de 126.750 familias. El importe de la recaudación anual de estas sociedades médicas superaban la cifra de 3.152.425,35 de pesetas, a la que aún había que añadir los ingresos de algunas sociedades como 'La Mutualidad Obrera', 'La Honradez', 'Filantrópica Mercantil Matritense', etc., cuyos datos no aportaban, porque los desconocían. En base a esas cifras, la primera reflexión objetiva que efectuaba este colectivo la obtenía de deducir de la recaudación total, el número de gastos fijos que soportaban las sociedades, material sanitario, de entierro, de administración, locales y otros; del importe así obtenido, se restaban los honorarios profesionales, de médicos y farmacéuticos y, como quedaba «todavía a los dueños un buen margen de ganancias», consideraban que ese gasto de honorarios era en el que más ajustaban las sociedades, concluyendo que se les asignaba un exceso de beneficiarios, lo que provocaba que el servicio no fuera óptimo. Los profesionales sanitarios entendían que, si el seguro público superaba estas deficiencias, su implantación sería 'transcendental':

«Y ¿esta ganancia a costa de que se realiza? Pues a pesar de la buena voluntad de los médicos y los farmacéuticos, los asociados no pueden recibir sino un servicio tardío, malo o, por lo menos, deficiente; y se comprende que así sea, en lo referente a los médicos (...) [ellos] se han dado perfecta cuenta de la transcendental importancia y de la inmensa acción social de la implantación de los seguros de enfermedad, invalidez y maternidad»<sup>266</sup>.

Cuando un médico se integraba en una de estas sociedades, se le asignaba una zona geográfica extensísima, muchas veces con más de 600 familias para visitar; con una hora obligada de consulta diaria, 'concurridísima'. Al elevado número de familias se sumaba la situación social de éstas en las que, al disponer de escasos recursos, las epidemias se extendían fácilmente, lo que provocaba unos índices de morbilidad y mortalidad elevados. Por ello, la siguiente reflexión se convertía en una demanda: « ¿Es posible que, por grande y buena que sea la voluntad, y siempre lo es, del medico, pueda científica y honradamente prestar decorosa asistencia a tan crecido numero de enfermos?».

<sup>266</sup> SINDICATO MÉDICO DE MADRID Y SU PROVINCIA, COMITÉ DE DELEGADOS MÉDICOS DE SOCIEDADES DE MADRID. *Criterio profesional*. Madrid: Sobrinos de M Minuesa de los Ríos, 1922 (cf. págs. 3-4).



Pero no sólo era la asistencia médica la que tenía graves carencias, consideraban que también la prestación farmacéutica debía ser mejorada. A los farmacéuticos de sociedades se les abonaba 50 céntimos por familia y mes para realizar el suministro de medicamentos; unas cantidades tan pequeñas que daban lugar a un servicio 'materialmente imposible':

«No hace falta, pues, discurrir mucho y ahondar en este problema, aún reconociendo la buena fe y voluntad de los farmacéuticos, para comprender a priori, que el servicio en estas condiciones es materialmente imposible; no hablemos, pues de sueros y vacunas, inyectables, medicamentos heroicos, opósitos etc.»<sup>267</sup>.

Además, recordaban las conclusiones que se habían expuesto en un informe de la Inspección Facultativa Oficial del Ministerio de la Gobernación, realizado en 1902, en las que se denunciaba 'la explotación' de la que eran objeto los asociados y el personal técnico de dichas entidades.

En base a todo lo expuesto, los facultativos de sociedades efectuaban las siguientes propuestas, para tener en cuenta en la normativa reguladora del futuro seguro de enfermedad público:

- Limitar el número de asegurados, pues la implantación provocará una disminución de ingresos para el médico, por la bajada del servicio libre.
- Los nombramientos de los médicos del seguro deberían respetar a los médicos de las sociedades. Dejando a los asegurados la 'libre elección del médico', y al médico, la 'libre aceptación del asegurado' y de los servicios solicitados.
- Para la gestión del seguro se deberían utilizar las instituciones actuales del seguro de enfermedad privado, o las futuras que se establecieran, exceptuando las sociedades privadas con fines mercantiles, y no sometidas a la dirección de los socios.
- Los honorarios de los médicos serán proporcionales a las visitas o servicios médicos y la cuantía dependerá de las localidades. Los acuerdos de los médicos con el seguro se concretarán en contratos colectivos provinciales.
- El seguro se deberá implantar de forma paulatina y las cuotas de los asociados y sus derechos variarán según las circunstancias de cada localidad, que se determinarán por las cajas del seguro, una vez oídas las sociedades.

---

<sup>267</sup> SINDICATO MÉDICO DE MADRID Y SU PROVINCIA, COMITÉ DE DELEGADOS MÉDICOS DE SOCIEDADES DE MADRID. *Op. cit. nota ut supra, cf. pág. 5.*

A pesar de tantas propuestas, y a diferencia del colectivo de los sanitarios titulares, los sindicatos médicos de sociedades eran favorables a la implantación del seguro obligatorio de enfermedad público, incluso lo calificaban de ‘conveniente’. Seguramente sabían que muchas de esas propuestas podrían incluirse en el texto definitivo de la Ley, como así fue, incluso se mejoraron, aunque tuvieron que esperar veinte años para ver la Ley aprobada:

«Primera [Conclusión]: el Sindicato de Médicos de Madrid y su Provincia y el Comité de Delegados de Médicos de Sociedades de Madrid admiten la conveniencia de la implantación en España de los seguros de enfermedad, invalidez y maternidad»<sup>268</sup>.

## **2.5. La cuestión del seguro de enfermedad ante la X Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo. Ginebra, 1927**

El Tratado de Paz de Versalles, firmado entre las potencias aliadas, las asociadas y Alemania, el 28 de junio de 1919, tenía como parte primera un pacto que instituía la Sociedad de las Naciones. Los Estados que participasen en esa Sociedad de Naciones conllevaban la designación de miembros de una Organización del Trabajo, ésta se fundaba y reglamentaba en la parte decimotercera del Tratado.

En esa parte XIII del Tratado, los artículos relativos a la Organización del Trabajo recogían las condiciones que debían mejorarse para evitar el descontento de gran número de personas por la injusticia, miseria y privaciones a que se veían sometidas, engendrando un peligro para la paz y armonía universales; entre otras, las dirigidas a

«La lucha contra el paro, a la garantía de un salario que asegure condiciones de existencia decorosas, a la protección del trabajador contra las enfermedades generales o profesionales y los accidentes del trabajo, a la protección de los niños, de los adolescentes y de las mujeres»<sup>269</sup>.

Desde el mismo origen del organismo se incluyen las cuestiones relativas a los seguros sociales, entre aquéllas que motivaban su creación. Eran miembros originarios de la Sociedad de Naciones los firmantes del Tratado, así como los Estados que, en el término de dos meses desde la entrada en vigor del pacto, se uniesen a él sin reservas.

---

<sup>268</sup> SINDICATO MÉDICO DE MADRID Y SU PROVINCIA, COMITÉ DE DELEGADOS MÉDICOS DE SOCIEDADES DE MADRID. *Op. cit. nota ut supra*, cf. pág. 12.

<sup>269</sup> Tratado de Versalles de 28 de junio de 1919. España, por Ley de 7 de agosto de 1919, se adhirió al Pacto de la Sociedad de las Naciones y aceptó expresamente las estipulaciones de la parte XIII (*Gaceta de Madrid*, 16-VIII-1919).

El proyecto de estipulaciones sobre la Organización Internacional del Trabajo se sometió, para su estudio, al Instituto de Reformas Sociales; éste emitió un informe favorable a la adhesión de España y, el 21 de julio de 1919, Alfonso XIII firmó un Real Decreto autorizando al Gobierno a presentar en las Cortes un proyecto de Ley por el que el Reino de España se adhería al pacto de la Sociedad de las Naciones y por el que se aceptaban las estipulaciones de la parte decimotercera de dicho Tratado, que se referían a la Organización del Trabajo. Este proyecto se convirtió en Ley el 7 de agosto de 1919 (*Gaceta de Madrid*, 16-VIII-1919).

La Organización del Trabajo comprendía una Conferencia General de los representantes de los miembros adheridos y una Oficina Internacional del Trabajo. La Conferencia se reunía, generalmente, una vez al año desde 1919; pero hasta su séptima reunión, la celebrada en Ginebra en 1925, la Conferencia no se ocupó con carácter general de los seguros sociales, aunque en otras reuniones ya había adoptado algunas resoluciones y acuerdos sobre aspectos concretos del seguro social.

Para la Conferencia de 1925, que se celebraría en Ginebra, la Oficina recomendó a los Gobiernos que, entre los consejeros técnicos de la delegación del país, enviaran expertos competentes en las diversas ramas del seguro. La delegación española, además de los miembros habituales, el conde de Altea y José Gascón y Marín, estuvo integrada por un equipo de consejeros técnicos: José Maluquer, Álvaro López Núñez, Severino Aznar Embid, Pedro Sangro Ros de Olano, Luis Jordana de Pozas, Guichet y Laguía, también Annós asistió a algunas sesiones de la Conferencia. El Instituto Nacional de Previsión, para dar a conocer en la Conferencia la situación de los seguros sociales en España, publicó un volumen titulado *L'Institut National de Previsión espagnol et ses Caisses collaboratrices*, que repartió entre los asistentes. En esta Conferencia de 1925 se constituyó una Comisión para estudiar e informar sobre los problemas generales del seguro social; para formar parte de dicha Comisión, de entre los miembros de la delegación española, se eligió al conde de Altea y, como suplentes, a José Maluquer y Severino Aznar<sup>270</sup>.

---

<sup>270</sup> INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. *La cuestión del seguro de enfermedad ante la X reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo en Ginebra*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión. [Sobrinos de la Sucesora de M. Minuesa de los Ríos], 1927 (cf. pág. 7). La Comisión eligió, por unanimidad, como presidente, al doctor Grieser, delegado del Gobierno alemán.

Del informe elaborado por la mencionada Comisión, presentado en la VII Conferencia Internacional del Trabajo, se pueden extractar las siguientes conclusiones, derivadas de los debates de los principales problemas planteados:

1<sup>a</sup> El campo de aplicación de las Leyes de los seguros tendrá la extensión que permitan las condiciones económicas particulares de cada país.

2<sup>a</sup> Los recursos de los seguros se obtendrán de las contribuciones patronales, de las cotizaciones obreras y de las subvenciones obtenidas de fondos públicos; debido a que los patronos tienen un interés evidente en disponer de una mano de obra vigorosa, estable y numerosa, los trabajadores desean precaverse contra la inseguridad del porvenir y las Administraciones públicas están obligadas a mejorar la higiene y la salud pública, al ser factores importantes de la prosperidad nacional.

En el mismo informe, la Comisión también recogió las decisiones tomadas por la Conferencia, en reuniones anteriores, las efectuadas en Washington (1919) y en Ginebra (1921), sobre el paro forzoso, el empleo de las mujeres antes y después del parto, y sobre la indemnización por accidentes de trabajo; quedaban pendientes el seguro de los trabajadores contra las enfermedades generales, el seguro de vejez e invalidez y la protección de la familia de los trabajadores fallecidos. De éstos, la Comisión seleccionó para su estudio, en primer término y por unanimidad, el «Seguro contra las enfermedades», con objeto de preservar y mejorar la salud de la familia obrera, y así lo propuso para su estudio y debate en la Conferencia de 1927.

En consecuencia, el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo, en su XXX reunión, que tuvo lugar en Ginebra del 28 al 30 de enero de 1926, acordó inscribir en el orden del día de la X Conferencia Internacional del Trabajo la cuestión del seguro de enfermedad, aceptando así la invitación que le había hecho la Conferencia Internacional del Trabajo en su resolución sobre los problemas generales del seguro social, de 4 de junio de 1925.

De acuerdo con el nuevo procedimiento reglamentario establecido para la discusión de las cuestiones consignadas en el orden del día de la Conferencia Internacional del Trabajo, y al haberse decidido que la cuestión del seguro de enfermedad se encontraba ya en la segunda fase de las dos que comprendía el procedimiento, es decir en la fase que permitía adoptar sobre el asunto una decisión definitiva mediante la obtención de un proyecto de Convenio o una recomendación, la Oficina Internacional del Trabajo elaboró un cuestionario, que fue sometido antes de su redacción definitiva al

comité de expertos para los seguros sociales; de éste comité de expertos formaba parte José Marvá, presidente del Instituto Nacional de Previsión. El texto definitivo del cuestionario fue publicado en el denominado *Libro Rojo*, donde se detallaban los diversos aspectos y problemas del seguro de enfermedad, repartido a los Gobiernos para que aportaran soluciones a cada cuestión planteada.

El Ministerio de Trabajo, Comercio e Industria español, de acuerdo con la propuesta del Instituto Nacional de Previsión, de conformidad con la Dirección General de Sanidad y tras el informe del Consejo de Trabajo, remitió a la Oficina Internacional del Trabajo la contestación al cuestionario, que recogía dieciséis preguntas; las contestaciones mas relevantes son las siguiente:

*«1ª.- ¿Estima ese Gobierno que si la Conferencia decide adoptar un proyecto de Convenio acerca del Seguro de Enfermedad, ese proyecto debe llevar consigo, para cada estado firmante, el compromiso de instituir la obligatoriedad del Seguro contra la enfermedad para los asalariados? (...)*

Si la Conferencia decide adoptar un proyecto de convenio sobre el seguro de enfermedad, ese convenio debe imponer a los Estados firmantes el compromiso de implantar con carácter obligatorio ese Seguro.

Un hecho de experiencia nacional nos hace presumir también fundadamente en la ineficacia de todo régimen de Seguro que no sea obligatorio. Antes de establecer el seguro-vejez obligatorio (1921), el Estado español implantó el Seguro libre subsidiado (1908). La parquedad del resultado entre las clases obreras fue una de las razones que le sugirieron el proyecto de convertir el seguro libre subsidiado en obligatorio.

*2ª ¿Estima usted que el proyecto de convenio debe prever que el Seguro de enfermedad se aplique a todo empleado, obrero o aprendiz, sin distinción de la rama profesional respectiva?*

En la pregunta anterior [1ª] se parte ya del supuesto de que debe aplicarse sólo a los asalariados, este supuesto tiene en esta segunda pregunta plena ratificación. Pero este gobierno no puede admitir ese supuesto sin algunas restricciones.

El Seguro de enfermedad debe comprender, no solo a los asalariados, sino también a los pequeños aparceros cuyo carácter de asalariado es muy discutible, debe comprender igualmente a los funcionarios del Estado, de la provincia o del municipio que no estén ya asegurados suficientemente. Debería comprender aunque con carácter facultativo, a los trabajadores autónomos, tales como los pequeños labradores y colonos en cualquiera de sus formas, a los artesanos, a los pequeños comerciantes, que claramente no son asalariados.

España es una nación que tiene un elevadísimo tanto por ciento de trabajadores autónomos cuya situación económica no es muy superior a la de muchas profesiones asalariadas. Es muy numerosísima la clase de pequeños propietarios de la tierra, y es de esperar en algunas regiones la creación de nuevas masas de pequeños propietarios. Finalmente excederán de 600.000 las familias dedicadas a cultivar sin salario la tierra ajena -arrendatarios, aparceros, censatarios, etc.-. Un seguro social que deje toda esa masa de trabajadores al

margen no responde satisfactoriamente ni a las aspiraciones de él, ni a la justicia distributiva.

En cuanto a incluir o excluir al cónyuge del asegurado y al resto de miembros de su familia por él sostenidos, la finalidad del seguro consiste en evitar que, tras la enfermedad, entre la miseria en los hogares humildes, es decir, en la mayor parte de los hogares de la nación. Si, además, uno de los fines de este seguro es cegar fuentes de insalubridad pública y disminuir el nivel de morbilidad ¿cómo se tendría la pretensión de conseguirlo dejando abandonados en el mismo estado que hoy a la mayor parte de los ciudadanos, a las familias de los asegurados? ¿Cómo curar al asegurado, despreocupándose de que haya en su hogar un foco de infección? (...)

8<sup>a</sup>.- *¿Considera usted que el proyecto de Convenio pueda especificar que el Seguro de enfermedad debe garantizar a todo asegurado que lo necesite asistencia médica y farmacéutica en cantidad y calidad suficiente? (...)*

Ese es el ideal; a él habrá que acercarse cada día un poco más. Hay que democratizar los servicios que la ciencia presta a la conservación de la salud y de la vida (...)»<sup>271</sup>.

Posteriormente, la Oficina Internacional del Trabajo publicó un *Libro Azul* con las respuestas de los veinticuatro Gobiernos al cuestionario recogido en el *Libro Rojo*. Por último, la Oficina Internacional del Trabajo, en los capítulos finales de su informe sobre el seguro de enfermedad, examinó las respuestas de los Gobiernos, formulando sus conclusiones, y recogió el texto en dos anteproyectos de convenios: uno relativo al seguro de enfermedad de los asalariados de la industria, del comercio, de los trabajadores a domicilio y del servicio doméstico, y el otro relativo al seguro de enfermedad de los asalariados agrícolas. Finalmente, la Oficina Internacional del Trabajo redactó un proyecto de recomendación sobre los principios generales del seguro de enfermedad.

Esos anteproyectos de convenios serían los debatidos en la Conferencia de 1927, y de ellos se elaboraron dos convenios: el relativo al seguro de enfermedad de los trabajadores de la industria y del comercio y de los sirvientes domésticos, y el relativo al seguro de enfermedad de los trabajadores agrícolas. Sin embargo, en ese momento, España no ratificó ninguno de estos convenios, se ratificaron durante el Gobierno de la II República. Rafael Huertas sostiene que, en la política sanitaria del régimen de Primo de Rivera, no era prioritaria la implantación del seguro de enfermedad:

---

<sup>271</sup> La 'Contestación del Gobierno español a las preguntas del Cuestionario que, sobre el Seguro de enfermedad, ha recibido de la Oficina Internacional del Trabajo, de Ginebra, para preparar la X Conferencia' fueron transcritas en INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. *La cuestión del seguro de enfermedad ante la X reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo en Ginebra*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión. [Sobrinos de la Sucesora de M. Minuesa de los Ríos], 1927 (cf. págs. 21-46).

«El Reglamento de Sanidad Provincial, aprobado por Real Decreto de la Presidencia del Directorio Militar el 20 de octubre de 1925, supuso una innegable ordenación de la Higiene Pública española, que coincidió con la política retardataria mantenida por la Dictadura con respecto a la implantación del seguro de enfermedad»<sup>272</sup>.

El mismo autor señala que una de las razones de esa decisión política, la de retrasar la implantación del seguro de enfermedad, era la confrontación de intereses de diversos sectores; fundamentalmente de los colegios profesionales, que defendían la actividad liberal de la profesión sanitaria, y de los médicos titulares, que pensaban que serían relegados a la asistencia benéfica, quedando ésta como única fuente de ingresos:

«Clásicamente vienen considerándose, a partir de la Conferencia de Seguros de Barcelona de 1922, dos posturas bien diferenciadas ante la implantación del seguro de Enfermedad en España: la de higienistas, médicos socialistas y técnicos del Instituto Nacional de Previsión, partidarios de su implantación inmediata, y la del resto del colectivo médico que, agrupados en distintas organizaciones, constituyeron un frente común opuesto a su puesta en marcha inmediata. Tal postura, sin embargo, aunque coincidente en su formulación final, respondía a razones y objetivos muy diferentes según las distintas organizaciones. Así, mientras los colegios profesionales acabaron defendiendo a ultranza la práctica liberal de la profesión y negando la propia viabilidad del Seguro Social de Enfermedad, (...) las reticencias de los médicos titulares hacia el Seguro de Enfermedad se basaban, fundamentalmente, en la posibilidad de que, tras su implantación se les negara la oportunidad de incorporarse como facultativos del mismo y fueran relegados, nuevamente, a ocuparse de una cada vez más precaria asistencia benéfica»<sup>273</sup>.

Antes de la Conferencia de 1927, la Asociación Nacional de Médicos Titulares-Inspectores Municipales de Sanidad, se reunieron en Asamblea, durante los días 22 al 24 de marzo de 1926, en Madrid; las conclusiones obtenidas fueron elevadas al Gobierno. La demanda principal se centraba en la creación de un escalafón del Cuerpo del Estado de Inspección Municipal, en el que se integrarían todos los médicos titulares:

«Conclusiones elevadas al Gobierno por el Comité ejecutivo de la Asociación Nacional de Inspectores Municipales de Sanidad de España (...)

Tercera. Que todos los Titulares y médicos de la Beneficencia municipal sean considerados inspectores municipales de Sanidad de sus respectivos distritos, sea cual fuere el censo de la población donde radiquen (...)

Quinta. Que se proceda a la formación del escalafón del cuerpo de inspectores municipales de sanidad y

---

<sup>272</sup> Rafael HUERTAS. "Fuerzas sociales y desarrollo de la salud pública en España. 1917-1923". *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 68: 45-55. Madrid.1994 (cf. pág. 54).

<sup>273</sup> Rafael HUERTAS. *Op. cit. ut supra*, cf. pág. 51.

Sexta. Que la sanidad municipal sea función del Estado y que los inspectores municipales de Sanidad y de distrito dependan exclusivamente, bajo todos los aspectos, de la Dirección General de Sanidad»<sup>274</sup>.

Francisco Fernández de Mendiola indica que el colectivo de médicos titulares demandaba un cambio en su condición funcionarial; consideraban que su adscripción a un Cuerpo de la Administración Pública del Estado era la única forma de evitar 'presiones e irregularidades municipales', debido a que el aumento del padrón de beneficencia muchas veces estaba relacionado con prácticas electorales corruptas de los políticos locales. Este autor también recuerda que esa demanda parecía defender la implantación de una asistencia sanitaria pública estatal; sin embargo, esta asistencia sanitaria nunca se concretó como una propuesta profesional, más bien al contrario, pues se opusieron a la implantación de todos los seguros sociales públicos que incluían entre sus prestaciones la asistencia sanitaria. Oposición que continuó en la etapa en que Marcelino Pascua, verdadero impulsor de la asistencia sanitaria pública, fue Director general de Sanidad en el Gobierno de la II República, como recuerda Francisco Fernández de Mendiola:

«Durante los primeros años de ejercicio de [Isaac] Puente<sup>275</sup>, se produjo un debate social y sanitario de gran calado, el de la generalización de la asistencia sanitaria mediante la creación de los seguros sociales. Los colegios de médicos, las asociaciones médicas regionales y los representantes de la asociación de médicos titulares se opusieron reiteradamente a su implantación inmediata, en lo que la prensa profesional llamó "el pacto sagrado". En el fondo, el retraso suponía lo mismo que oponerse a su creación. Tampoco resultó mejor el intento reformador del primer director general de sanidad de la república, el destacado salubrista [Marcelino] Pascua (1897-1977), entre cuyos proyectos estaba la constitución del seguro de enfermedad. También en esta ocasión los representantes de los médicos titulares se opusieron a las reformas»<sup>276</sup>.

Tres años y medio después, poco antes del inicio del Gobierno republicano, en unas manifestaciones del Ministro de Trabajo, Pedro Sangro Ros de Olano (marqués de

---

<sup>274</sup> MÉDICOS TITULARES-INSPECTORES MUNICIPALES DE SANIDAD. *Actas de las sesiones de la asamblea de médicos titulares-inspectores municipales de sanidad. Madrid, 22-24 de Marzo de 1926*. [Sl.: s.i.], [ca. 1926]. [BNE, signatura: VC/1064/4] (cf. pág. 16).

<sup>275</sup> Isaac Puente fue médico rural, miembro del Colegio Oficial de Médicos de Álava desde 1927 a 1930, representante del Colegio ante la Diputación de la provincia, y muy preocupado por las cuestiones sociales.

<sup>276</sup> FRANCISCO FERNÁNDEZ DE MENDIOLA. *Isaac Puente, el médico anarquista*. Tafalla [Nafarroa]: Editorial Txalaparta, 2007 (cf. págs. 115-116).



Guad-el-Jelú)<sup>277</sup>, publicadas el 6 de noviembre de 1930, exponía ahora, aunque de forma genérica, su proyecto de ratificación de los convenios internacionales de trabajo, votados por España en las Conferencias de Ginebra:

«Como proyectos que pueden suponer alguna novedad preparó, entre otros, el de cooperación, seguros sociales, aplicación a la agricultura de algunas leyes del trabajo y la propuesta de ratificación de los convenios internacionales de trabajo votados por España en las conferencias de Ginebra»<sup>278</sup>.

Sin embargo, habían pasado mas de trece años desde la Conferencia española de octubre de 1917, y aún no se había implantado en España el seguro obligatorio de enfermedad; los principales países europeos ya lo habían organizado, incluso habían aprobado normativa que mejoraba las condiciones reguladas inicialmente. De esos países, y de su legislación, se destaca la siguiente, con objeto de dejar patente la situación española<sup>279</sup>:

- Alemania: aunque la aprobación del seguro de enfermedad tuvo lugar en 1883, en 1930 tenía aprobado un código de seguros sociales.
- Austria: en 1928 aprobó el seguro de los empleadores y, en 1929, el de los obreros.
- Bulgaria: su Ley de 6 de marzo de 1924, sobre seguros sociales, había sido recientemente modificada en 1929.
- Checoslovaquia: Ley de 8 de noviembre de 1928, sobre seguro de los asalariados contra la enfermedad, la invalidez y la vejez.
- Dinamarca: Ley de 10 de mayo de 1915 sobre cajas de enfermedad reconocidas, modificada por las Leyes de 6 de mayo de 1921, 31 de marzo de 1926, 14 de julio de 1927 y 27 de marzo de 1929.
- Francia: Ley de abril de 1928 sobre seguros sociales, modificada por las Leyes de 5 de agosto de 1929 y de 30 de abril de 1930.

---

<sup>277</sup> Pedro Sangro y Ros de Olano (1878-1959) fue miembro de número de la Real Academia de Jurisprudencia y Legislación y uno de los fundadores de la Sociedad Española para el Progreso Social, en 1930, mientras desempeñaba la jefatura del Servicio Internacional del Trabajo, fue nombrado Ministro de Trabajo en el Gabinete Berenguer (28-I-1930 / 14-II-1931); heredó de su hermano mayor el título de marqués de Guad-el-Jelú; representó a España en varios congresos y misiones de carácter social y católico (Cf. Germán BLEIBERG. *Diccionario de Historia de España*. Madrid: Alianza Editorial, 1981. 3 vols.; vol. 3: 587)

<sup>278</sup> *La Vanguardia*, 6-XI-1930 (cf. pág. 30).

<sup>279</sup> INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. *Conferencia internacional de las uniones nacionales de sociedades mutuas y de cajas de seguros*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1933.

- Gran Bretaña: Ley de 7 de agosto de 1924, codificando las disposiciones legislativas sobre seguro de enfermedad, modificada por las Leyes de 7 de agosto de 1925 (pensiones) y de 2 de julio de 1928.
- Holanda: Ley de 5 de junio de 1913, sobre seguro de enfermedad de los obreros, modificada por la Ley de 24 de junio de 1929.
- Hungría: Ley sobre seguro de enfermedad y de accidentes de 3 de agosto de 1927.
- Luxemburgo: Código de seguros sociales, de 17 de diciembre de 1925.
- Noruega: Ley de 6 de agosto de 1915 sobre seguro de enfermedad, modificada y completada por las Leyes de 15 de junio de 1917, 23 de julio de 1918, 10 de diciembre de 1920, 16 de febrero de 1923, 17 de julio de 1925 y 1 de julio de 1926.
- Polonia: Ley de 19 de mayo de 1920, sobre el seguro obligatorio de enfermedad.
- Portugal: Decreto 5636 de 10 de mayo de 1919.
- Rumanía: Leyes de 25 de enero y 7 de febrero de 1912, sobre la organización de los oficios, del crédito y de los seguros obreros.
- Suiza: Ley federal sobre el seguro de enfermedad y accidentes, de 13 de junio de 1911, con modificaciones introducidas por las Leyes federales de 9 de agosto de 1920 y de 29 de junio de 1927.
- Yugoslavia: Ley sobre seguros obreros del 14 de mayo de 1922.

## **2.6. La Constitución de 1931 y las Leyes de 1932 de ratificación de los Convenios de la Organización Internacional del Trabajo sobre el seguro de enfermedad**

El 10 de diciembre de 1931 se publicó, en la *Gaceta de Madrid*, la Constitución de la República Española, aprobada un día antes. En ella se recogían disposiciones sobre el bienestar social, contenidas en las Constituciones de otros países que se habían tomado como modelo para su redacción. De sus antecesoras, tan sólo la Constitución de 1812 incluía algún artículo dedicado a cuestiones sanitarias. La Constitución de 1931 recogía

los ideales del socialismo humanista, entre los que incluían los relacionados con la asistencia sanitaria y los seguros sociales<sup>280</sup>.

La Constitución de 1931 reconocía que el ser humano tiene derechos, es un ser libre y, por ello, el derecho positivo debe ser reflejo de este nuevo concepto del individuo<sup>281</sup>. En la etapa republicana, el Estado regula los seguros sociales como un derecho del individuo en una de sus actuaciones sociales: la actividad laboral. Ahora no se trata, como sí ocurría en la etapa primo-riverista, de una atención graciable paternalista del Gobierno, impulsada por el concepto de paz social para garantizar la producción de las empresas.

En el artículo 14 del nuevo texto constitucional se recogía, entre las competencias exclusivas del Estado español, la legislación y la ejecución directa de la defensa sanitaria en cuanto afectase a intereses extrarregionales. Y, en su artículo 15, se establecía como competencia del Estado la legislación relativa al régimen de seguros sociales y las bases mínimas de la sanidad interior:

«Corresponde al Estado español la legislación, y podrá corresponder a las regiones autónomas la ejecución, en la medida de su capacidad política, a juicio de las Cortes, sobre las siguientes materias:(...)

7. Bases mínimas de la legislación sanitaria interior.

8. Régimen de seguros generales y sociales»<sup>282</sup>.

El artículo 43 establecía, entre las obligaciones del Estado, la de prestar asistencia social pública a los enfermos y a los ancianos, y la protección a la maternidad y a la infancia, con el siguiente literal:

---

<sup>280</sup> «La propia Constitución de 1931 fue, en lo esencial, preparada en Barcelona por la logia Ruiz Zorrilla y llevada a la realidad por una comisión constituyente presidida por el masón don Luís Jiménez de Asúa y de la que formaban parte gran número de hermanos» (José Antonio VACA DE OSMA. *La Masonería y el Poder*. Barcelona: Editorial Planeta, 1992; cf. pág. 240). «Los más destacados prohombres republicanos, como Azaña, Fernando de los Ríos o Julián Besteiro, fueron los continuadores del movimiento democrático del siglo XIX y en muy buena medida estaban formados también bajo la influencia de una corriente intelectual que en España estuvo estrechamente conectada con el ideal democrático: el krausismo. La Constitución republicana de 1931 definía a España como una –República democrática de trabajadores de toda clase– (...) En la Constitución de 1931 se reconocieron también con mucha amplitud los derechos democráticos, así como no pocos de índole social» (Joaquín VARELA SUANCES-CARPEGNA. *Orígenes del liberalismo: universidad, política, economía*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca, 2003; cf. pág. 350).

<sup>281</sup> Para el krausismo, el derecho debía plasmar la vida del ser humano libre en la esfera social, «el derecho es para [Francisco] Giner un derecho *para* la vida y *en* la vida de la persona como agente creador y realizador del derecho. Giner no define el derecho ni como una simple facultad de exigir, ni como una norma objetiva, indiferente y fría. El derecho es forma total de la vida racional -de seres libres-, de la vida que se produce en el individuo-persona en su esfera propia, immanente, que trasciende de ésta para realizarse en relación transitiva en las distintas esferas en que el hombre actúa; o sea, en las diferentes esferas de la personalidad social»: Adolfo POSADA. *Breve historia del krausismo español*. Oviedo: Universidad de Oviedo, 1981 (cf. pág. 106).

<sup>282</sup> Constitución Española de 1931 (*Gaceta de Madrid*, 10-XII-1931).

«El Estado prestará asistencia a los enfermos y ancianos, y protección a la maternidad y a la infancia, haciendo suya la “Declaración de Ginebra” o tabla de los derechos del niño»<sup>283</sup>.

Y, en el artículo 46, se imponía a la República la obligación de desarrollar la legislación de los seguros sociales, entre ésta debía encontrarse la normativa reguladora del seguro de enfermedad para los trabajadores:

«El trabajo, en sus diversas formas, es una obligación social, y gozará de la protección de las leyes.

La República asegurará a todo trabajador las condiciones necesarias de una existencia digna. Su legislación social regulará: los casos de seguro de enfermedad, accidente, paro forzoso, vejez, invalidez y muerte; el trabajo de las mujeres y de los jóvenes y especialmente la protección a la maternidad (...)»<sup>284</sup>.

Por lo tanto, al diferenciar esta Constitución dos conceptos, el de ‘asistencia social pública’ y el de ‘seguros sociales’, además de encargar la labor de la beneficencia al Estado, garantizaba la atención de las situaciones de necesidad, por lo que se pretendía mejorar las prestaciones benéficas que se efectuaban hasta entonces, caracterizadas por una baja calidad y una alta discrecionalidad, sin garantía de asistencia. Además, esta atención se efectuaría fuera de la esfera religiosa, ya que, previamente, en el artículo tercero de la Constitución, se había separado el ámbito civil del religioso, «El Estado español no tiene religión oficial». Por otro lado, en el artículo séptimo de la Constitución se imponía al Estado la obligación de acatar las normas de derecho internacional, «El Estado español acatará las normas universales del derecho internacional, incorporándolas a su derecho positivo». Y, en el artículo 65 del mismo texto constitucional, se dispone que, los convenios internacionales ratificados por España debían dar lugar, en breve plazo, a proyectos de Leyes españolas para su ejecución:

«Todos los Convenios internacionales ratificados por España e inscritos en la Sociedad de las Naciones y que tengan carácter de ley internacional, se considerarán parte constitutiva de la legislación española, que habrá de acomodarse a lo que en aquéllos se disponga.

Una vez ratificado un Convenio internacional que afecte a la ordenación jurídica del estado, el Gobierno presentará, en plazo breve, al Congreso de los Diputados, los proyectos de ley necesarios para la ejecución de sus preceptos»<sup>285</sup>.

---

<sup>283</sup> Constitución Española de 1931 (*Gaceta de Madrid*, 10-XII-1931).

<sup>284</sup> Constitución Española de 1931 (*Gaceta de Madrid*, 10-XII-1931).

<sup>285</sup> Constitución Española de 1931 (*Gaceta de Madrid*, 10-XII-1931).

Asimismo, el artículo 76 señalaba que los proyectos de Convenios de la Organización Internacional del Trabajo se someterían a las Cortes antes de su ratificación, en un plazo tasado una vez concluida la Conferencia correspondiente:

«El presidente de la República (...) [deberá] negociar, firmar y ratificar los Tratados y Convenios internacionales sobre cualquier materia y vigilar su cumplimiento en todo el territorio nacional. (...) Los proyectos de Convenio de la organización internacional del Trabajo serán sometidos a las Cortes en el plazo de un año y, en caso de circunstancias excepcionales, de dieciocho meses, a partir de la clausura de la Conferencia en que hayan sido adoptados. Una vez aprobados por el Parlamento, el Presidente de la República subscribirá la ratificación, que será comunicada, para su registro, a la Sociedad de las Naciones»<sup>286</sup>.

Por primera vez, en un texto constitucional, se recoge la obligación del Estado de asegurar a todo trabajador las condiciones necesarias para una existencia digna. En esta Constitución se definió el trabajo como una obligación social, pero de esa obligación social emanaban derechos; por ello, el Estado debía proteger los derechos de los trabajadores, desarrollando la legislación necesaria para recoger los denominados 'derechos sociales'.



Niceto Alcalá-Zamora y Torres

Archivo Cordon-Press [Madrid]



Francisco Largo Caballero

Fundación Pablo Iglesias [Madrid]  
Expediente Largo Caballero



Luis Jiménez de Asúa

Fundación Pablo Iglesias [Madrid]  
Expediente Jiménez de Asúa

Después de la Constitución, se publicó la Ley de bases de 1932, que encargaba al Instituto Nacional de Previsión la organización de una Caja Nacional de Seguro de

<sup>286</sup> Constitución Española de 1931 (*Gaceta de Madrid*, 10-XII-1931).

Accidentes, donde el patrono podía asegurarse directamente, o elegir entre una mutualidad patronal o una sociedad de seguros. Los estatutos de la Caja Nacional de Seguro de Accidentes se aprobaron en 1933, en ellos se contenía que la Caja tendría personalidad jurídica, aunque estaría sometida a la Dirección General del Instituto Nacional de Previsión, pero manteniendo una separación completa de sus funciones.

El 25 de marzo de 1932, Niceto Alcalá-Zamora y Torres, Presidente de la República, mediante Decreto, autorizó al Ministro de Trabajo y Previsión Social, Francisco Largo Caballero, a presentar a las Cortes Constituyentes un proyecto de Ley para ratificar el Convenio relativo al seguro de enfermedad de los trabajadores de la industria y del comercio y de los sirvientes domésticos, adoptado en sesión de la Conferencia Internacional del Trabajo, celebrada en Ginebra el año 1927<sup>287</sup>.

Lo contenido en este Convenio tuvo una extraordinaria influencia en la regulación del seguro de enfermedad implantado en España en 1942, por lo que, a continuación, se detalla lo más significativo de su articulado. Su artículo primero establecía que, cuando un Estado ratificaba el Convenio, se comprometía a implantar el seguro de enfermedad obligatorio, en condiciones al menos equivalentes a las previstas en el Convenio:

«Todo miembro de la Organización Internacional del trabajo que ratifique el presente Convenio se compromete a establecer el seguro de enfermedad obligatorio, en condiciones por lo menos equivalentes a las previstas en el presente Convenio»<sup>288</sup>.

Y, en su artículo segundo, fijaba el campo de aplicación del seguro de enfermedad:

«El seguro de enfermedad obligatorio se aplicará a todos los obreros, empleados y aprendices de las Empresas industriales y de las Empresas comerciales. Y a los trabajadores a domicilio y a los sirvientes domésticos (...) Sin embargo, cada miembro podrá establecer en su legislación las excepciones que estime necesarias en lo que se refiere:(...)»

b) A los trabajadores cuyo salario o cuyos ingresos por otros conceptos excedan de un límite que podrá señalarse por la legislación nacional (...)

e) A los trabajadores que no hayan llegado a ciertos límites de edad, que podrá señalar la legislación nacional (...)

f) A los miembros de la familia del patrono.

Además podrán quedar eximidos de la obligación del seguro de enfermedad las personas que tengan derecho, en caso de enfermedad, y por

<sup>287</sup> Niceto Alcalá-Zamora, que pertenecía al Partido Derecha Liberal Republicana, firmó el Decreto publicado en la *Gaceta de Madrid* de 26-III-1932, a propuesta del Ministro de Trabajo y Previsión, Francisco Largo Caballero, adscrito al Partido Socialista Obrero Español.

<sup>288</sup> *Gaceta de Madrid*, 27-III-1932.

virtud de Leyes, Reglamentos o un Estatuto especial, a ventajas por lo menos equivalentes en conjunto a las previstas en el presente Convenio»<sup>289</sup>.

En el Convenio se contenían dos tipos de prestaciones, una económica y otra en especie. La prestación económica se regulaba en su artículo tercero, donde se establecía que el trabajador que quedase incapacitado para trabajar a consecuencia del estado anormal de su salud física o mental, tendría derecho a una indemnización en numerario, por lo menos durante las primeras veintiséis semanas de incapacidad, contadas desde el primer día en que recibiera la indemnización. Y, en el artículo cuarto, se detallaba la prestación en especie médico-farmacéutica, con el siguiente literal:

«El asegurado tendrá derecho gratuitamente, a contar desde el comienzo de la enfermedad, y por lo menos hasta la expiración del periodo previsto para la concesión de indemnización de enfermedad, al tratamiento por un médico que posea la necesaria competencia, así como al suministro de medicamentos y medios terapéuticos en calidad y cantidad suficientes.

Sin embargo, podrá pedirse al asegurado una participación en los gastos de asistencia, dentro de las condiciones señaladas por la Legislación Nacional»<sup>290</sup>.

El artículo quinto preveía la posibilidad de extender la atención médica a los miembros de la familia del asegurado que vivieran con él y estuvieran a su cargo. El Convenio también describía que el organismo que debía administrar este seguro de enfermedad debía ser autónomo, aunque dependiente de los poderes públicos, en su situación administrativa y económica, sin fines lucrativos; así, el artículo sexto establece:

«El seguro de enfermedad deberá estar administrado por instituciones autónomas, que dependerán, desde el punto de vista administrativo y económico, de los Poderes públicos, y no perseguirán ningún fin lucrativo»<sup>291</sup>.

Y, en su artículo séptimo, recogía que la financiación del seguro se efectuaría por los asegurados y sus patronos; aunque también fijaba que correspondería a la legislación nacional decidir sobre la contribución económica de los poderes públicos.

El mismo día 25 de marzo de 1932, se aprobaba otro Decreto (*Gaceta de Madrid*, 27-III-1932), para autorizar al Ministro de Trabajo y Previsión Social a presentar a las Cortes Constituyentes un proyecto de Ley ratificando el Convenio relativo al seguro de enfermedad de los trabajadores agrícolas, adoptado también en la sesión de la

---

<sup>289</sup> *Gaceta de Madrid*, 27-III-1932.

<sup>290</sup> *Gaceta de Madrid*, 27-III-1932.

<sup>291</sup> *Gaceta de Madrid*, 27-III-1932.

Conferencia Internacional del Trabajo, celebrada en Ginebra el año 1927, con un articulado muy similar al anterior.

Ambos proyectos se convirtieron en Leyes el 8 de abril de ese año 1932 (*Gaceta de Madrid*, 14-IV-1932), ratificando los Convenios sobre seguro de enfermedad aprobados el año 1927. La primera Ley, en su artículo único, ratificaba el Convenio relativo al seguro de enfermedad de los trabajadores agrícolas, adoptado en la sesión de la Conferencia Internacional del Trabajo celebrada en Ginebra el año 1927. La segunda Ley, también en un artículo único, ratificaba el Convenio relativo al seguro de enfermedad de los trabajadores de la industria y del comercio y de los sirvientes domésticos, adoptado en la misma Conferencia Internacional. Así se cumplía con el mandato de la Constitución, recogido en su artículo 65, donde se establecía que la ratificación de los convenios internacionales relativos a la organización del trabajo o a la vida de los trabajadores, no se debía demorar.

En ambos convenios se preveía la aplicación del seguro a todos los trabajadores y a sus familiares, de forma similar al campo de aplicación contenido, años después, en la Ley española de 1942, del seguro de enfermedad obligatorio. Además, se preveía que la legislación nacional podría contener un límite de ingresos de estos trabajadores, como también así se recogió en el artículo quinto de la Ley de 1942. En ambos convenios se preveían prestaciones económicas, por lo menos durante las primeras veintiséis semanas de incapacidad del trabajador, contadas desde el primer día en que recibiera la indemnización; esta misma prestación se recogió en la Ley de 1942, en su artículo dieciocho, recogiendo el mínimo de veintiséis semanas. En cuanto a la asistencia sanitaria (médica, farmacéutica y otros medios terapéuticos), los convenios preveían su percepción, al menos, durante el mismo tiempo que la prestación económica, de la misma forma que lo recogió la Ley de 1942.

En ambos convenios se establece que el organismo que debía administrar este seguro de enfermedad debía ser autónomo, aunque dependiente de los poderes públicos, en sus aspectos administrativo y económico, como así se recogió en la Ley de 1942, pues estas funciones se asignaron al Instituto Nacional de Prevision; la organización del servicio médico se encargó, fundamentalmente, a la 'Obra Sindical del 18 de Julio'.

En cuanto a la financiación del seguro, los convenios preveían que se efectuase por los asegurados y sus patronos, aunque también fijaba que correspondería a la legislación nacional decidir sobre la contribución económica de los poderes públicos. La



Ley de 1942 recogerá este mismo sistema de financiación en su artículo treinta y tres, además de una financiación residual a partir de donativos, legados, etc.; en cuanto a la aportación de las Administraciones públicas, se decidió incorporar la importante contribución de la estructura sanitaria.

Tanto la aprobación de la Constitución de la República, como la ratificación de los mencionados convenios internacionales, constituyeron pasos decisivos para la implantación del seguro de enfermedad, por lo que, ahora, era necesario comenzar a redactar el proyecto de Ley para su regulación.

Pero el contenido normativo no se pretendía imponer, y mucho menos a los médicos, de quienes sin duda dependería en un gran porcentaje el correcto funcionamiento del nuevo seguro. Por ello, muchos de los participantes en la redacción del proyecto, de forma simultánea, efectuaban una labor de divulgación de los objetivos que se perseguían con la implantación del seguro público. Es el caso de Severino Aznar que, cuando el proyecto de Ley estaba próximo a ultimarse, pronunció una conferencia en el Ateneo Científico y Literario de Madrid, el 9 de marzo de 1934, en la que trató de responder a las dudas -y a las reticencias- que la implantación del seguro provocaba entre los profesionales de la Medicina; éstas respuestas se pueden resumir en cuatro:

- Se trata de poner en práctica los convenios internacionales de 1927, ratificados por España.
- Es un seguro defendido, internacionalmente, por partidos de diferente signo político, no solo de pensamiento socialista.
- La remuneración de los médicos del seguro, así como el número de asegurados asignados, será debatido por los asesores médicos que participan en la elaboración de la Ley.
- El seguro no cubrirá a los grupos sociales mas pudientes, quedando 'disponibles' para la medicina privada:

«Nuestros obreros verán que los de Europa ya tienen los beneficios del seguro de enfermedad y que a ellos se les regatea y se les difiere por el Estado, a pesar de haberse comprometido ante el mundo a asegurárselos. España ratificó (...) [el 8] de abril de 1932 el convenio de Ginebra, y, al ratificarlo con la solemnidad de una ley, dijo a las clases trabajadoras y a las Sociedad de Naciones, en cuyo archivo está ese compromiso archivado: "Me comprometo a implantarlo" ¿Puede ahora volverse atrás y dejar corrida a la Sociedad de Naciones y desairadas a las clases obreras? No puede hacer eso sin graves responsabilidades y sin quebranto de la seriedad de España. El Estado no tiene mas remedio que llevar adelante el seguro de enfermedad (...)

Algunos se resisten a él por creerlo imposición de una clase -un brote de dictadura proletaria- o de un partido, del partido socialista. Os aseguro que eso es una simpleza; que eso, aun procediendo de buena fe, contribuye a embarullar el problema y expone a la clase médica a una desorientación peligrosa (...)

Menos es una imposición de un partido, el partido socialista. Recordad los hechos citados por el eminente Dr. Pittaluga, en confirmación de esto. Si se estudia la iniciativa en las leyes del seguro de enfermedad fuera de España, se verá en ella la intervención de los partidos y de las tendencias sociales más diversas y rivales. Aquí mismo, en España, lo vienen pidiendo organizaciones obreras socialistas, y es justo reconocer que lo han pedido tenazmente, y que su presión no fue ineficaz; pero con igual tenacidad las católicas: lo pide el partido socialista, pero también la Democracia cristiana y personalidades eminentes, de muy diferentes partidos y tendencias sociales, ¿soy yo socialista acaso, y lo son mis compañeros los demócratas cristianos? Pues lo estamos pidiendo hace mas de veinticinco años (...).Teme la clase medica, según el doctor Piga, que se imponga al médico la obligación de tratar excesivo numero de enfermos; pero en la sub-ponencia encargada de asesorar sobre eso al INP y por su mediación al Estado está el doctor Piga y otros muchos médicos competentes. Allí podrán razonar serenamente lo que crean mejor. No se pueden quejar de la remuneración, porque nadie la sabe aún, y así como en el seguro de maternidad se les ha dado la que ellos han pedido y han creído razonable, podrá llegarse en el seguro de enfermedad a soluciones análogas (...) temen que el seguro de enfermedad reduzca de modo asustante la clientela libre; pero el seguro tiene que dejarles como clientela libre las clases medias y las clases ricas, tendrán que garantizarles además una remuneración digna por las clases modestas aseguradas»<sup>292</sup>.

El 25 de marzo de 1932 se aprobó un Decreto (*Gaceta de Madrid*, 27-III-1932) autorizando al Ministro de Trabajo y Previsión Social para que presentase a las Cortes constituyentes un proyecto de Ley ratificando el Convenio relativo a la reparación de las enfermedades profesionales. Posteriormente, en 1936, durante el Gobierno de Manuel Azaña, se dio un paso mas en la protección social de los trabajadores, se publicó la Ley que regulaba la enfermedad profesional; de acuerdo a ella, las empresas tendrían la obligación de asegurar a sus obreros contra riesgos de incapacidad permanente o muerte por enfermedad profesional, con las mismas entidades que aseguraban los accidentes de trabajo; este seguro sería perfeccionado en 1947 y 1949.

Juan Antonio Maldonado Molina destaca este auge de la regulación de la previsión social durante el Gobierno de la República:

«Con el advenimiento de la II República, la Legislación de Previsión Social experimentó un considerable desarrollo, introduciendo instituciones que hasta el

---

<sup>292</sup> Severino AZNAR. *El Seguro de Enfermedad y los médicos*. [Conferencia en el Ateneo Científico y Literario de Madrid el 9 de marzo de 1934]. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1934 (cf. págs. 33-53).

momento estaban ausentes de nuestro ordenamiento y profundizando en otras»<sup>293</sup>.

Este desarrollo legislativo se materializó con las siguientes Leyes, entre las que contenían seguros con prestaciones sanitarias:

- La Ley del seguro obligatorio de maternidad de 1929, desarrollada en 1931, incluyendo prestaciones médicas y farmacéuticas para los periodos de gestación y puerperio. En base a esta Ley se debieron aprobar convenios entre el Instituto Nacional de Previsión y los Colegios Oficiales de Médicos, de Matronas y con la Unión Farmacéutica Nacional. El primer convenio del Instituto con el Consejo General de Colegios de Médicos Españoles, representado por su presidente, José Pérez Mateos, se firmó el 29 de octubre de 1931; a éste le siguieron otros, firmados en 1933 y 1935, para ajustar las competencias de médicos y matronas, y una mayor regulación de los servicios médicos, y su liquidación<sup>294</sup>. El Convenio del Instituto con la Federación Española de Colegios Oficiales de Matronas, representada por su presidenta, Concepción Marín, fue suscrito el 3 de septiembre de 1931, al que le siguieron otros dos, dándose por definitivos en 1934<sup>295</sup>. Y el convenio suscrito entre el Instituto y la Unión Farmacéutica Nacional, representada por su presidente, Juan Rhodes, se firmó el 21 de septiembre de 1931; en este convenio se contenía que los farmacéuticos deberían suministrar los medicamentos que fueran recetados por los médicos y por las matronas del seguro de maternidad, siempre que estuvieran incluidos en el 'petitorio' de la beneficencia y sujetos a la misma tarifa; también se podrían suministrar, con cargo al seguro, los medicamentos que se recogían en un apéndice del convenio, con el título de «petitorio y tarifa para partos distróficos»; asimismo, con cargo al seguro se podían recetar, por médicos y matronas, los análisis clínicos necesarios. El abono de las prestaciones farmacéuticas se realizaría por la Caja del

---

<sup>293</sup> Juan Antonio MALDONADO MOLINA. *Las mutualidades de previsión social como entidades aseguradoras*. Granada: Editorial Comares, 2002 (cf. págs. 68-69).

<sup>294</sup> INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. *Convenio del Instituto Nacional de Previsión con el Consejo General de Colegios de Médicos Españoles*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1931; INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. *Convenio del Instituto Nacional de Previsión con el Consejo General de Colegios de Médicos Españoles*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1933; INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. *Convenio del Instituto Nacional de Previsión con el Consejo General de Colegios de Médicos Españoles*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1935.

<sup>295</sup> INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. *Convenio del Instituto Nacional de Previsión con la Federación Española de Colegios Oficiales de Matronas*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1931; INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. *Convenio del Instituto Nacional de Previsión con la Federación Española de Colegios Oficiales de Matronas*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1934.

Seguro directamente a la Unión Farmacéutica Nacional. Un segundo convenio con la Unión Farmacéutica Nacional se suscribió en el año 1933<sup>296</sup>.

- La Ley de 4 de julio 1932 (*Gaceta de Madrid*, 7-VII-1933) que hace obligatorio el seguro de accidentes de trabajo, aprobada a propuesta de Francisco Largo Caballero.

## 2.7. Unificación de seguros sociales

El 8 de abril de 1932, una vez firmados para su promulgación por el Presidente de la República, los convenios internacionales relativos al seguro de enfermedad de los trabajadores, se «impone al Ministerio la obligación de velar por su cumplimiento». Por ello, el Ministro Largo Caballero, mediante Orden de 10 de mayo de 1932 (*Gaceta de Madrid*, 10-V-1932), encargó al Instituto Nacional de Previsión la elaboración de un proyecto de seguro de enfermedad, otro de seguro de invalidez y muerte y, además, el estudio necesario para la unificación de los seguros sociales de invalidez, vejez, maternidad, enfermedad y muerte y su coordinación con los seguros de accidentes de trabajo. Esta Orden se publicaba también, en aplicación de lo contenido en los artículos 46 y 65 de la Constitución de la República Española, donde se disponía que la legislación protectora del trabajo debería regular estos seguros.

La Orden de 10 de mayo de 1932 (*Gaceta de Madrid*, 10-V-1932), establece que, para elaborar los proyectos de los seguros mencionados, primero, había que ‘acomodar’ a la realidad española lo contenido en los convenios ratificados y, después, se debía tener como objetivo la unificación de los seguros sociales, completando, a su vez, los seguros ya implantados:

«Un previo y delicado trabajo de complemento y adaptación, porque, de una parte, hay que acomodar dichos Convenios a las necesidades, aspiraciones y posibilidades de España, y, de otra, hay que decidir sobre muchos puntos que los Convenios mismos dejan al arbitrio de las legislaciones nacionales. Puestos a esta labor, es oportuno aprovecharla para ir a la unificación de los Seguros sociales, de modo que, (...) se llegue al seguro integral, en el que con una sola cuota patronal y obrera (...) se ponga a cubierto el máximo de los riesgos previsibles a todos los trabajadores (...) Pero cabe completar el régimen actual del retiro Obrero obligatorio con el seguro de Invalidez y Muerte y pasar del Seguro de Maternidad al de Enfermedad»<sup>297</sup>.

<sup>296</sup> INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. *Convenio del Instituto Nacional de Previsión con la Unión Farmacéutica Nacional*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1931; INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. *Convenio del Instituto Nacional de Previsión con la Unión Farmacéutica Nacional*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1933.

<sup>297</sup> Orden de 10 de mayo de 1932 (*Gaceta de Madrid*, 10-V-1932).

Para ello se encarga al Instituto Nacional de Previsión, mediante el artículo primero de dicha Orden Ministerial, la preparación de un proyecto de régimen de seguro de enfermedad sobre la base de los convenios ratificados por las Cortes el 5 de abril de ese año 1932 y, mediante el artículo segundo, se le solicita la elaboración de un estudio técnico para la unificación de los seguros sociales. Para su realización, el artículo cuarto indicaba al Instituto Nacional de Previsión que organizara una amplia ponencia, con la colaboración del Consejo de Trabajo y de la Comisión Asesora Nacional Patronal y Obrera<sup>298</sup>.

En base a lo mencionado en esa Orden Ministerial, el Presidente del Instituto Nacional de Previsión, atendiendo a lo contenido en el artículo 25 de los Estatutos del Instituto y al acuerdo del Consejo de Patronato, designó a los miembros de la ponencia, formada por una comisión permanente, cuya misión sería organizar los trabajos y efectuar la división de la ponencia en subponencias<sup>299</sup>.

En la documentación generada por el Instituto Nacional de Previsión durante el verano de 1932, se da cuenta del inicio de los trabajos destinados a cumplir con lo contenido en la Orden Ministerial de 10 de mayo de 1932 (*Gaceta de Madrid*, 10-V-1932), y se detalla el esfuerzo realizado: las normas aprobadas por el Consejo del Instituto para el desarrollo de la ponencia, la redacción de los anteproyectos de cuestionarios para el estudio de los seguros, la dotación de libros y revistas para los miembros de la ponencia y el comienzo de un informe sobre legislación extranjera:

---

<sup>298</sup> Según el artículo 11 del Reglamento de la Comisión Asesora Nacional Patronal y Obrera (*Gaceta de Madrid*, 8-X-1930), una de sus funciones consistía en informar sobre todos los asuntos relacionados con la aplicación, ampliación y mejora de los seguros sociales que le plantease el INP.

<sup>299</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA): 23/1976. C-4/23-B3-C3, leg. 49-[0]. "Seguro de Enfermedad. Antecedentes al Decreto 11-7-42". Normas fechadas en Madrid, el 30 de mayo de 1932; *Ibid.*, Comisión del Seguro de Enfermedad. Actas de las reuniones de trabajo. Signatura: DH-E3-B3 [1933-1941], leg. 1. "Comisión del Seguro de Enfermedad – Anteproyecto de Ley: antecedentes".

«El señor presidente del Instituto [José Marvá Máyer]<sup>300</sup>, en cumplimiento del acuerdo tomado en la sesión anterior, de 24 de mayo próximo pasado, ha preparado la Ponencia para la que ha editado el folleto que contiene las normas aprobadas por el mismo Consejo.

Se está realizando en el Instituto la labor de preparación de materiales para los estudios encomendados a la Ponencia. Se han redactado los anteproyectos de cuestionarios para el estudio del seguro de vejez, invalidez y muerte y para el de enfermedad.

Se está completando nuestra dotación de libros y revistas, y se prepara un informe sobre la legislación de los seguros sociales en el extranjero...»<sup>301</sup>.

La ponencia fue presidida por Adolfo González-Posada; tenía como presidente nato al del Instituto, el general José Marvá Máyer, y serían 'elementos utilizables'<sup>302</sup> todos los miembros de los Consejos del Instituto y de sus cajas colaboradoras, en especial cuantos formaban parte de la Comisión Asesora Nacional Patronal y Obrera y de los Patronatos de Previsión Social.

Se organizaron tres subponencias preparatorias: la primera para los trabajos preliminares del estudio de los seguros de vejez, invalidez y muerte; la segunda, para el estudio del seguro de enfermedad y, la tercera, para las propuestas de coordinación con el seguro de accidentes del trabajo. La Comisión podía proponer la adscripción de nuevos miembros de la ponencia a cada una de estas subponencias y la organización de subponencias nuevas, según lo aconsejara el desarrollo de los estudios.

El *Cuestionario para el estudio del Seguro de Enfermedad* se elaboró en septiembre de ese año 1932, en base al anteproyecto preparado en junio del mismo

---

<sup>300</sup> El general José Marvá y Máyer fue presidente del Instituto Nacional de Previsión desde 1913 hasta 1934. Severino Aznar, en un discurso en la presentación de los 'Premios Marvá', leído el 2 de marzo de 1942, en plena efervescencia franquista, decía de él: «En el año 1934, la política hizo invasión tormentosa en el Instituto. Marvá era la cumbre y sobre él cayó el rayo. Fue destituido de la presidencia, que con tanto decoro y éxito había estado desempeñando durante veinte años. La República quiso endulzar su destitución nombrándole Presidente honorario». En el mismo acto, el Subsecretario del Ministerio se refirió a José Marvá en los siguientes términos: «no es extraño que le consideremos como un precursor de nuestra política nacional-sindicalista (...) por las reflexiones hechas en Sevilla en el año 1917, afirmando que el obrero no era una máquina, sino un sujeto humano con derechos y deberes -algo que más adelante recogió José Antonio - un sujeto con alma capaz de condenarse o de salvarse-. La política nacional-sindicalista ha hecho germinar esas ideas, sembradas por la benemérita figura. Cuya memoria nos congrega hoy (...) decir una vez mas que el Nacional-Sindicalismo se preocupa constantemente de cuanto se relaciona con la política social, y que en el general Marvá tuvo un gran precursor» (Severino Aznar. *Marvá y la política social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, Servicio Exterior y Cultural] 1942 (cf. pág. 1). Álvaro LÓPEZ NÚÑEZ (*Marvá: biografía y bibliografía*. Madrid: Imprenta Clásica Española, 1926), le define como un hombre «de sólida piedad religiosa: obraba siempre por principios, según las normas de moral cristiana».

<sup>301</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA): 23/1976. C-4/23-B3-C3, leg. 49-[0]. "Seguro de Enfermedad. Antecedentes al Decreto 11-7-42".

<sup>302</sup> El término figura en INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. *Unificación de los seguros sociales. Ponencia para su estudio*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión [Sobrinos de la Sucesora de M. Minuesa de los Ríos], 1932.

año<sup>303</sup>. Este cuestionario constaba de ocho apartados donde se recogían los asuntos relativos al seguro, el número de subapartados ascendieron a sesenta y cinco. Los ocho apartados básicos en los que se estructuró el cuestionario fueron los siguientes<sup>304</sup>:

- I. Campo de aplicación.
- II. Prestaciones: económica y sanitaria.
- III. Organización sanitaria: organización del servicio médico, inspección sanitaria, organización del servicio farmacéutico.
- IV. ¿Quiénes pagarán el coste del seguro?: el patrono, el obrero, y el Estado.
- V. Entidades aseguradoras: Instituto y cajas colaboradoras (mutualidades) y condiciones para su posible autorización.
- VI. Gestión financiera y administrativa.
- VII. Seguro de maternidad: ¿cómo incluirlo en el seguro de enfermedad?
- VIII. Seguro voluntario.

Para la redacción de estos apartados -y sus correspondientes subapartados- se planteaban una serie de preguntas que debían responder los miembros de la ponencia. El cuestionario contenía, también, determinadas afirmaciones, ya recogidas en los convenios elaborados por la Conferencia Internacional de Trabajo de 1927, que debían respetarse al redactar las respuestas; por ejemplo, en el campo de aplicación, se contenía la afirmación expuesta en el artículo 2 de los dos convenios:

«Se aplicará sin distinción de sexo ni de nacionalidad a los obreros, empleados y aprendices de las Empresas industriales, comerciales y agrícolas, a los trabajadores a domicilio y del servicio doméstico»<sup>305</sup>.

En el apartado de prestaciones económicas se ‘respetaría’ lo contenido en el artículo 3 de los convenios:

«El asegurado que se halle en incapacidad de trabajo a consecuencia del estado anormal de su salud física y mental, tendrá derecho a una indemnización

---

<sup>303</sup> INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. *Cuestionario para el estudio del Seguro de Enfermedad*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión [Sobrinos de la Sucesora de M. Minuesa de los Ríos], 1932.

<sup>304</sup> Los subapartados son muy extensos, por ello sólo se extrae lo que es básico, por su trascendencia, en la redacción de la Ley del seguro de enfermedad de 1942.

<sup>305</sup> INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. *Cuestionario para el estudio del Seguro de Enfermedad*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión [Sobrinos de la Sucesora de M. Minuesa de los Ríos], 1932.

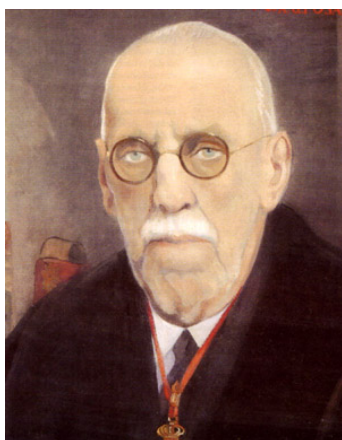
en metálico por lo menos durante 26 semanas de incapacidad a contar del primer día que se indemnice»<sup>306</sup>.

Y, en lo relativo a la prestación sanitaria, se atendería a lo contenido en el artículo 4 de los convenios, en concreto:

«El asegurado tendrá derecho gratuitamente, desde el principio de la enfermedad y por lo menos hasta la expiración del periodo previsto para la concesión de indemnización por enfermedad, a la asistencia facultativa por un médico cualificado, así como al suministro de medicamentos y de medios terapéuticos, en cantidad y calidad suficientes»<sup>307</sup>.

En relación con la financiación del seguro se trasladaba lo establecido en los convenios; es decir, que los asegurados y los patronos deberán contribuir a la formación del fondo del seguro de enfermedad. En cuanto a las instituciones para administrar el seguro, habría de mantenerse lo recogido en el artículo 6 de los convenios:

«El seguro de enfermedad debe ser administrado por instituciones autónomas, colocadas bajo el control administrativo y financiero de los Poderes públicos y no podrán perseguir ningún fin lucrativo. Las instituciones debidas a iniciativa privada deberán ser objeto de reconocimiento especial por parte de los Poderes públicos»<sup>308</sup>.



Adolfo González-Posada y Biesca

Óleo de Sócrates Quintana.  
Universidad de Oviedo



Aniceto Sela Sampil [1900]

Fotgrabado  
*Nouvelle Revue Internationale Illustrée*,  
VI-1900,

<sup>306</sup> INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. *Op. cit. ut supra*.

<sup>307</sup> INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. *Op. cit. ut supra*.

<sup>308</sup> INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. *Op. cit. ut supra*.



La primera subponencia que comenzó sus trabajos fue la del seguro de enfermedad; se convocó el 1 de diciembre de 1932 en la sede del Instituto Nacional de Previsión, con objeto de constituirse y preparar los trabajos a realizar. Fue presidida por Aniceto Sela Sampil, actuó como vicepresidente José María Ruiz Manent<sup>309</sup>, designado por el Ministerio de Trabajo. La composición de vocales fue extensísima, cerca de cuarenta, entre ellos: José Gabriel Álvarez Ude, Severino Aznar Embid, Enrique Bardají López, Luis Jordana de Pozas, Álvaro López Nuñez, José Alberto Palanca Martínez-Fortún y Joaquín Espinosa Ferrándiz. La Unión Farmacéutica, contestó a Inocencio Jiménez, en carta fechada el 21 de mayo de 1932, proponiendo, «en atención a lo solicitado por el INP»<sup>310</sup> a los siguientes tres representantes: José Rodríguez de Silva<sup>311</sup>, Emilio de Izaguirre Ruiz<sup>312</sup> y Román Herrero de la Orden<sup>313</sup>.

A esta primera reunión asistió Adolfo González-Posada<sup>314</sup>, presidente de la ponencia, e Inocencio Jiménez, Consejero-delegado del Instituto Nacional de Previsión; Adolfo González-Posada presentó a Aniceto Sela como una «persona de largo historial en el Régimen de Previsión», y éste invitó al vocal de la subponencia, Severino Aznar (asesor social del Instituto Nacional de Previsión) a que trazara las líneas generales del programa de la subponencia. Severino Aznar señaló que los problemas básicos del seguro de enfermedad que habría de resolver la subponencia se podían reducir a trece; en base a

<sup>309</sup> Ocupaba también la presidencia de la Comisión Mixta Arbitral Agrícola.

<sup>310</sup> Según consta en la documentación, la solicitud fue realizada telefónicamente por Inocencio Jiménez (Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA): 23/1976. C-4/23-B3-C3, leg. 49-[0]. "Seguro de Enfermedad. Antecedentes al Decreto 11-7-42").

<sup>311</sup> Tenía establecida farmacia en Madrid, en el número 1 de la Avenida del Conde de Peñalver.

<sup>312</sup> Con farmacia establecida en Barcelona, en el número 108 de la calle Lauria.

<sup>313</sup> Establecido en Madrid, con farmacia en el número 20 de la calle Carranza.

<sup>314</sup> Adolfo González-Posada fue profesor de Derecho en la Universidad de Oviedo, durante la II República desempeñó diversos cargos con fines sociales: el 16 de abril de 1931 fue nombrado, por el Presidente del Gobierno provisional, Niceto Alcalá Zamora, representante de España en el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo para la reunión que habría de celebrarse en Ginebra, a propuesta del Ministro de Trabajo y Previsión, Francisco Largo Caballero (*Gaceta de Madrid*, 17-IV-1931); el 28 de abril de 1931 fue nombrado, por Niceto Alcalá Zamora, Presidente del Consejo de Trabajo, también a propuesta de Francisco Largo Caballero (*Gaceta de Madrid*, 28-IV-1931), este cargo lo desempeñó hasta el 19 de noviembre de 1935 (*Gaceta de Madrid*, 21-XI-1935), fecha en la que fue nombrado Presidente del Instituto Nacional de Previsión, a propuesta del Ministro de Trabajo, Justicia y Sanidad, Federico Salmón Amorín (*Gaceta de Madrid*, 21-XI-1935), sustituyendo a Juan Usabiaga Lasquívar, que fue nombrado Ministro de Agricultura, Industria y Comercio. Aunque sólo desempeñó la presidencia del Instituto Nacional de Previsión durante diez meses, pues fue sustituido por quien hasta entonces desempeñara el cargo de Director general de Beneficencia, Felipe Jiménez de Asúa, el 15 de septiembre de 1936, siendo Presidente del Gobierno Manuel Azaña y Ministro de Trabajo, Sanidad y Previsión, José Tomás y Piera (*Gaceta de Madrid*, 13-IX-1936). De forma paralela, al inicio del Gobierno republicano, fue nombrado Decano de la Facultad de Derecho de la Universidad Central (*Gaceta de Madrid*, 9-X-1931) y, el 30 de septiembre de 1933, Decano honorario de la Facultad de Derecho de la Universidad de Oviedo (*Gaceta de Madrid*, 5-X-1933).

ello, Severino Aznar propuso que se organizarasen las siguientes siete Comisiones, en las que se abordasen estos trece aspectos fundamentales:

Tabla VI. Comisiones organizadas a propuesta de Severino Aznar para tratar los 'problemas básicos' del seguro de enfermedad [1932] <sup>315</sup>	
Ponencias	Ponentes
I. Campo de aplicación II. Prestaciones económicas	Pedro Pablo Alarcón. Severino Aznar Embid. José Alberto Palanca Martínez-Fortún. Carlos González Posada. Santiago Pérez Infante. Benito Díaz de la Cebosa. José de Gainzarain Corres. Luz García Pérez-Ródenas. Alejandro Rodríguez Cadalso. Francisco Rúiz Morote. Paulino Suárez. José María Zumalacárregui.
III Prestaciones sanitarias	Joaquín Espinosa Ferrándiz. Pedro Pablo Alarcón. Severino Aznar Embid. Enrique Bardají López. Luis Jordana de Pozas Román Herrero de la Orden. Emilio de Izaguirre Ruiz. Sr. Cordero. Sr. Garrido. Sr. Gómez Osorio. Sr. Hernández Pacheco. Sr. Bertrán de Lis. Francisco Moragas Barret. Sr. Oller. Marcelino Pascua Martínez. José Pérez Mateos. Antonio Piga Pascual. Sr. Porrera. Sr. Torreblanca. Sr. Vigil.
IV Recursos del Seguro V Gestión Financiera	Santiago Pérez Infante. Aniceto Sela Sampil. Benito Díaz de la Cebosa. Juan Fernán Pérez. Arturo Forcat. José de Gainzarain Corres. Sr. García Tornel.

<sup>315</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA): 23/1976. C-4/23-B3-C3, leg. 49-[0]. "Seguro de Enfermedad. Antecedentes al Decreto 11-7-42". *Ibid.*, Comisión del Seguro de Enfermedad. Actas de las reuniones de trabajo. Signatura: DH-E3-B3 [1933-1941], leg. 1. "Comisión del Seguro de Enfermedad – Anteproyecto de Ley: antecedentes".

	Sr. Gómez Osorio. Álvaro López Núñez. Sr. Bertrán de Lis. Francisco Moragas Barret. José Pérez Mateos. Sr. Sanz. Sr. Saval. José María Zumalacarregui Prat.
VI Entidades Aseguradoras VII Gestión Administrativa	Antonio Crespo Álvarez. Arturo Forcat. José Rodríguez de Silva. Emilio de Izaguirre Ruiz.
VIII Inspección IX Infracciones y sanciones X Jurisdicción para los conflictos	José Gabriel Álvarez Ude. Luis Jordana de Pozas. Joaquín Espinosa Ferrándiz.
XI. Relación del seguro de enfermedad con el seguro de maternidad XII. Relación del seguro de enfermedad con el seguro voluntario, con el de invalidez y con el de accidentes	Carlos García Posada. Luis Jordana de Pozas. Álvaro López Núñez. José Alberto Palanca Martínez-Fortún. Santiago Pérez Infante. José Gabriel Álvarez Ude. Emilio de Izaguirre Ruiz. Joaquín Espinosa Ferrándiz.
XIII Estadísticas y cálculos	Santiago Pérez Infante. Arturo Forcat

Como parte de estos ‘problemas’ ya habían sido resueltos por otros Estados, el Instituto Nacional de Previsión pondría a disposición de los componentes de las comisiones los resúmenes de la legislación extranjera sobre el seguro de enfermedad; para ello, se editaron cuatro tomos con las legislaciones traducidas de Alemania, Austria, Bulgaria, Checoslovaquia, Chile, Francia, Gran Bretaña Luxemburgo, Noruega, Polonia, Portugal, Rumania, Suiza y Yugoslavia, también se les facilitó, a cada vocal, el libro que Joaquín Espinosa había publicado, en 1932, titulado *El seguro de enfermedad: Estudio médico-social ante su implantación en España*<sup>316</sup>.

Las comisiones nombraron a sus respectivos cargos de presidente y vicepresidente en sus Juntas de constitución, celebradas los días 20 y 21 de enero de 1933<sup>317</sup>. Los trabajos de estas comisiones fueron recogidos en los resúmenes divulgativos

<sup>316</sup> Joaquín ESPINOSA FERRÁNDIZ. *El Seguro de Enfermedad: Estudio médico-social ante su implantación en España*. Madrid: Biblioteca de la Revista de Medicina, 1932.

<sup>317</sup> INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. *Notas informativas para la ponencia sobre la unificación de los seguros sociales*, [II-1934] (Biblioteca del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), sinatura: INP XVIII).

del Instituto Nacional de Previsión denominados *Notas informativas para la ponencia sobre la unificación de los seguros sociales*. La comisión primera estuvo compuesta por 26 vocales, de los cuales siete eran técnicos del Instituto Nacional de Previsión; la segunda la conformaban 25 vocales: 6 eran técnicos del Instituto y 11 profesionales sanitarios.

Los trabajos de las comisiones se concretaron en las reuniones de los días 17 y 18 de mayo de 1933, donde se expusieron la redacción de las bases, con un detalle tan minucioso y elaborado que directamente se podrían haber contenido en un anteproyecto de Ley. A la comisión segunda se le facilitó información sobre mutualidades, elaborada por la Comisaría Sanitaria.

En las ponencias y subponencias trabajaron profesionales de todos los ámbitos del pensamiento de la época: católicos, socialistas, liberales, etc., lo que permitió que el proyecto fuera ampliamente conocido por muy diversos sectores. Es el caso del médico Joaquín Espinosa Ferrándiz que pertenecía a la Hermandad médico-farmacéutica de San Cosme y San Damián, integrada en la Federación Católica de Médicos y Farmacéuticos<sup>318</sup>; en la asamblea de esa Hermandad, celebrada el 17 de octubre de 1932, antes de comenzar los trabajos de la primera subponencia, Joaquín Espinosa defendía la implantación del seguro de enfermedad, siempre que respetara la dignidad del ejercicio médico, al considerar al seguro, dentro de la medicina social, como una verdadera obra cristiana que se estaba imponiendo ‘en todo el mundo’; para ello, proponía a estos profesionales sanitarios el estudio sereno y profundo de la nueva organización, ya que cambiaría la asistencia médica tradicional:

«Surge en nuestro siglo la medicina social, ciencia que a la vez que tiende a humanizar la medicina, trata de organizar la asistencia preventiva y curativa adaptada a las necesidades sociales de nuestros días.

El fundamento de la medicina social es el ocuparse, no del enfermo, caso patológico, sino del hombre enfermo, que es un caso patológico y social a la vez.

La actual organización social ha hecho cambiar en todo el mundo la modalidad de asistencia médica tradicional, y este hecho hay que acatarlo como algo real e inevitable.

Sólo nos resta el estudio sereno y profundo para hacer compatible esta nueva organización con el fiel complemento de nuestra misión integral. No hemos de asustarnos ante grandes reivindicaciones sociales, que pronto iremos viendo en

---

<sup>318</sup> La Federación Católica de Médicos y Farmacéuticos de las Hermandades de San Cosme y San Damián, San Lucas y San Pantaleón, publicaba una revista, *Phitlos*, donde se recogían las actas de las asambleas de esas Hermandades, en cuyo consejo directivo figuraba el médico Juan Bosch Marín que, durante el Gobierno de Francisco Franco, participó en los trabajos preparatorios de la Ley de 1942 mediante la que se implantó el seguro de enfermedad en España.

nuestras leyes, si con la asiduidad y trabajo logramos poner a salvo la dignidad del ejercicio médico.

El seguro de enfermedad podrá ser una gran obra de intenso carácter cristiano si nuestra acción responde a nuestra doctrina»<sup>319</sup>.

También Marcelino Pascua, el primer Director general de Sanidad de la República, en una conferencia impartida en el Ateneo de Madrid, en enero de 1934, recordaba que siempre había animado a los colectivos médicos a participar en la implantación del seguro social de enfermedad mediante la aportación de propuestas que facilitaran el acuerdo definitivo:

«Está funcionando una comisión encargada por orden ministerial del Sr. Largo Caballero, de estudiar y de preparar la implantación del seguro de enfermedad sobre una amplia base en nuestro país. En relación con este asunto yo he recomendado vivísimamente tanto a los médicos titulares como a otros grupos de médicos, cuando tenía una posición oficial desde la que podía hacerlo y desde la que tenía el deber moral de hacerlo, de que se acerquen con el ánimo de estudio inteligente, de cooperación en su trabajo, de reflexión sobre sus problemas, en una favorable situación de discusión y solución amistosa de sus dificultades, de sana colaboración (...) tengo que expresar mi convicción (...) de que por nada ha de detenerse la marcha hacia la socialización de las medicinas preventivas y curativa iniciadas en nuestro país, para bien de la humanidad y del progreso científico y médico españoles»<sup>320</sup>.

Asimismo, desde la Sociedad Española de Higiene se defendió la implantación del seguro de enfermedad; uno de sus máximos representantes, Jacinto Fernández Casadevante, indicaba que, del seguro de enfermedad, lo único a debatir era la modalidad a implantar:

«Es necesaria en nuestra Nación la implantación del seguro social de enfermedad. Esta necesidad, en la actualidad, no hay quien la niegue ni la discuta; lo único que se hace es barajar los distintos modos; estudiar el pro y el contra de las diversas orientaciones»<sup>321</sup>.

El representante español en la XVII Conferencia Internacional del Trabajo, desarrollada en Ginebra el 8 de junio de 1933, Jose Maria Ruiz Manent, señalaba que las líneas de trabajo asumidas por el Instituto Nacional de Previsión y por la ponencia nacional

---

<sup>319</sup> Joaquín ESPINOSA FERRÁNDIZ. *Acta de la Asamblea de Hermandades médico-farmacéuticas de San Cosme y San Damián de 17 de octubre de 1932*. Madrid: Federación Católica de Médicos y Farmacéuticos de las Hermandades de los Santos Cosme y Damián, San Lucas y San Pantaleón, 1932 (cf. pág. 13).

<sup>320</sup> Marcelino PASCUA. *El Seguro de Enfermedad y los médicos españoles [Conferencia impartida en el Ateneo de Madrid el día 26 de enero de 1934]*. Madrid: Unión Poligráfica, SA, 1934 (cf. págs. 47-48).

<sup>321</sup> Jacinto FERNÁNDEZ CASADEVANTE. *El Seguro Social de enfermedad ante la sanidad pública*. Madrid: Imp. de J. Cosano, 1934 (cf. pág. 13).

para la unificación de los seguros sociales coincidían con el espíritu manifestado en Ginebra.

*Bases propuestas por la Comisión Asesora Nacional Patronal y Obrera*

El pleno de la Comisión Asesora Nacional Patronal y Obrera, celebrado el 13 de diciembre de 1934, estableció diez bases que habrían de servir para informar la propuesta de reforma de los seguros sociales; pues, como ya se ha expuesto, según el artículo 11 del Reglamento de esa Comisión Asesora Nacional (*Gaceta de Madrid*, 8-X-1930), una de sus funciones consistía en informar sobre todos los asuntos relacionados con la aplicación, ampliación y mejora de los seguros sociales que le plantease el Instituto Nacional de Previsión.

En la base primera se contenía el «alcance de la reforma», que se refería al objetivo de unificación de los seguros, ampliando los existentes e implantando otros nuevos, en su literal decía:

«En cumplimiento de los artículos 46 y 65 de la Constitución de la República y de los Convenios internacionales, se reforman los Seguros Sociales vigentes con la ampliación e implantación de los de Vejez, invalidez, Muerte, Maternidad y Enfermedad, bajo un régimen de unificación»<sup>322</sup>.

La base segunda definía «en qué consiste la unificación»: una sola cuota, una sola institución aseguradora, un único documento que acredite el pago de cuotas, etc. La base tercera definía a los «beneficiarios»: todos los trabajadores, hasta los 65 años, cuyas retribuciones no excedan de 6.000 pesetas anuales.

La base cuarta se ocupaba de las prestaciones: las de vejez, invalidez, muerte y, en el caso de enfermedad, se prestaría asistencia facultativa al trabajador y a su familia, durante un plazo máximo de 26 semanas por año y se le abonaría una indemnización no inferior al cincuenta por cien del salario que percibiera el trabajador, durante 26 semanas al año, a partir del tercer día de la enfermedad. Para el caso de maternidad, además de la asistencia facultativa y de una indemnización no inferior al cincuenta por cien del salario, durante seis a doce semanas, se añadía un premio de lactancia.

---

<sup>322</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA: Comisión del Seguro de Enfermedad. Actas de las reuniones de trabajo. Signatura: DH-E3-B3 [1933-1941], leg. 1. "Comisión del Seguro de Enfermedad – Anteproyecto de Ley: antecedentes".

La base quinta establecía que las «aportaciones» para financiar el seguro provendrían de los patronos y de los trabajadores; que se definían como «cuota patronal» y «cuota obrera».

La base sexta establecía que «el control» administrativo de los seguros se efectuaría por el Presidente del Instituto Nacional de Previsión; mientras que el control financiero para la revisión de los balances del Instituto y de sus cajas colaboradoras, así como el control actuarial, se realizarían por el propio Instituto. La base séptima indicaba que «la inspección» sería competencia del Instituto Nacional de Previsión y, la base octava, estaba dedicada a la jurisdicción.

La base novena, titulada «implantación y transición», recomendaba que la implantación del seguro de enfermedad se efectuara cuando estuvieran disponibles los servicios sanitarios y se acordara la coordinación con la sanidad pública, además proponía que disfrutaran de la asistencia mínima del seguro de maternidad las mujeres de todos los trabajadores cotizantes del resto de seguros sociales, en tanto no se estableciera el seguro de enfermedad; en concreto decía lo siguiente:

«1º La implantación del seguro de vejez, invalidez y muerte como reforma del régimen legal de retiro obrero obligatorio, comenzará a los seis meses de aprobado su Reglamento, afectándose al nuevo Seguro los Fondos de retiro obrero obligatorio y los recursos provenientes del recargo de derechos reales y de multas por infracciones sociales.

2º La implantación del Seguro de Enfermedad comenzará cuando el INP tenga prevenidos los servicios sanitarios y hayan aprobado los organismos directivos de Trabajo y de Sanidad las normas de coordinación de los servicios sanitarios del seguro con la Sanidad Pública.

3º Mientras no se establezca el Seguro de Enfermedad, disfrutarán de la asistencia mínima del de Maternidad las mujeres de todos los trabajadores cotizantes en los Seguros sociales»<sup>323</sup>.

Por último, la base décima, titulada «autorización», contenía el encargo al Ministro de Trabajo y Previsión para que realizara el articulado de estas bases, oyendo al Consejo de Trabajo y al del Instituto Nacional de Previsión, y que de dicho articulado se diera cuenta a las Cortes.

---

<sup>323</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA): 23/1976. C-4/23-B3-C3, leg. 49-[0]. «Seguro de Enfermedad. Antecedentes al Decreto 11-7-42».

## **2.8. Las reorganizaciones ministeriales de 1934 y 1935: el aumento del peso de la previsión social en la actividad del Gobierno**

Al final del año 1933 el peso de la previsión social en la actividad del Gobierno se incrementa de forma notable, por lo que Niceto Alcalá-Zamora aprueba un Decreto, el 25 de diciembre de 1933 (*Gaceta de Madrid*, 26-XII-1933), para realizar una reorganización de la estructura ministerial. En septiembre de 1933 había dimitido, como Ministro de Trabajo y Previsión Social, Francisco Largo Caballero y le había sustituido Ricardo Samper Ibáñez, quien apenas estaría un mes al frente del Ministerio; le sustituiría Carlos Pi y Suñer, éste dimitió dos meses más tarde y en diciembre de 1933 se designó a José Estadella Arno.

En la reorganización ministerial de diciembre de 1933, al Ministerio de la Gobernación se le desadscribe la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia, y el Ministerio de Trabajo y Previsión pasa a denominarse Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, con dos Subsecretarías, una de 'Trabajo y Acción Social' y, otra, de 'Sanidad y Previsión'.

Con el objeto de declarar con fuerza de ley el mencionado Decreto de 25 de diciembre, se aprueba un proyecto de ley, mediante un Decreto de 30 de diciembre de 1933 (*Gaceta de Madrid*, 4-I-1934), en su exposición de motivos se justifica la nueva estructura: por un lado, se deriva del elevado «volumen y la importancia político-social de las atenciones higiénico-sanitarias y de asistencia pública a satisfacer por el Estado» y, por otro lado, se debe a que buena parte de las funciones del Ministerio de Trabajo y Previsión están «estrechamente relacionadas con la asistencia pública –habida cuenta del concepto científico social que modernamente se le asigna- y aún con la propia Higiene». Por lo que se trataba de unir las competencias de sanidad pública con las de previsión social, al estar relacionada la naturaleza de ambos conceptos.

Mientras tanto, la prensa de signo político diferente al del Gobierno de la República, publicaba sus opiniones divergentes respecto a la implantación del seguro de enfermedad en España, tratando de crear una corriente de opinión contraria entre el colectivo médico; para ello, daba prioridad a las declaraciones negativas de un ministro checo, obviando el hecho de que en muchos países europeos la implantación del seguro había culminado con éxito:

«En este capítulo [de la medicina social] deberemos hacer un pronóstico negativo. Podemos afirmar que durante el año 1934 no llegará a ponerse en vigor el proyecto que actualmente se estudia, a marchas forzadas mientras gobernaron los socialistas y en “ralenti” con los Gobiernos que siguieron, de los llamados



Seguros obligatorios de Enfermedad, en los que, como decía hace poco en la Sala Maluquer del Instituto Nacional de Previsión el ministro de Checoslovaquia que los implantó en aquel país, al cabo de los años no estaba satisfecho nadie de su funcionamiento, ni los asegurados, que opinaban que se les daba mal servicio, ni los médicos, que juzgaban mezquina su retribución, ni el Estado, que estimaba demasiada carga el elevado coste del Seguro.

En España el resultado sería, seguramente, más desastroso, a juzgar por el ensayo del de Maternidad, que ha producido unos cinco millones de pesetas durante un año y se han pagado a los médicos, verdaderos pilares del seguro, unas 170.000 pesetas; a los empleados burocráticos algo más de las 400.000 pesetas (mas del doble que a los médicos)<sup>324</sup>.

Lo cierto es que esta prensa se contradecía, en ocasiones, en temas sanitarios; como ejemplo se extractan dos opiniones respecto a la creación del Ministerio de Sanidad, realizadas al final del año 1933, con un mes de diferencia. En noviembre publicaba que:

«Se está pensando en la creación de un nuevo ministerio, el de Sanidad, como si –repetimos– fuésemos un país rico»<sup>325</sup>.

Y, en el mes de diciembre, publicaba lo contrario:

«Acaso nos reserve el próximo año de 1934 la satisfacción de liberar a España del bochorno de ser uno de los dos únicos países que en el mundo carecen de ministerio de sanidad, y quizás se logre con este positivo avance hacia la independización de las altas funciones sanitarias (...) tenga una mas eficaz inversión de la que actualmente reciben»<sup>326</sup>.

Volviendo a la reorganización ministerial, es precisamente la estrecha relación de ambos conceptos, sanidad pública y previsión social, la que da lugar a un nuevo ajuste en la estructura, al aprobarse la ley proyectada, incluyendo algunos cambios. En concreto, la Ley de 16 de marzo de 1934 (*Gaceta de Madrid*, 17-III-1934) modifica la denominación de la Subsecretaría de Sanidad y Previsión, desadscribiendo las competencias de previsión, pues pasa a denominarse Subsecretaría de Sanidad y Asistencia Pública, que tendrá adscritas la Dirección General de Sanidad y la de Beneficencia o asistencia pública<sup>327</sup>. Por

<sup>324</sup> Juan FERNÁN PÉREZ. "Lo que puede ser la medicina en 1934". *Blanco y Negro*, [31-XII-1933]: 207. Madrid, 1933.

<sup>325</sup> *Blanco y Negro*, 26-XI-1933 (cf. pág. 196).

<sup>326</sup> Juan FERNÁN PÉREZ. "Lo que puede ser la medicina en 1934". *Blanco y Negro*, [31-XII-1933]: 207. Madrid, 1933.

<sup>327</sup> Mediante el Decreto de 19 de septiembre de 1935 (*Gaceta de Madrid*, 20-IX-1935), Alcalá-Zamora refunde el Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión con el Ministerio de Justicia, denominándose el nuevo Departamento, Ministerio de Trabajo y Justicia (que después se denominaría de Trabajo, Justicia y Sanidad) y, mediante el Decreto de 28 de septiembre de 1935 (*Gaceta de Madrid*, 29-IX-1935), se suprime, con efectos de 1 de octubre de éste 1935, las dos Direcciones Generales, la de Sanidad y la de Beneficencia, pasando sus competencias a la Subsecretaría de la que dependían, y que denomina Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia. Esta reorganización del Departamento ministerial se aprueba en base a la autorización de las Cortes, contenida en el artículo primero de la Ley de 1 de agosto de 1935 (*Gaceta de Madrid*, 2-VIII-1935).

ello, se decide crear en el mismo Ministerio un Consejo, que dependerá del Ministro, quien asume directamente dichas competencias de previsión, debido a la importancia de esta actividad en la labor del Gobierno. El párrafo final del artículo segundo de la Ley establece: «los servicios de Previsión social dependerán directamente del Ministro, decretándose la constitución de un Consejo que entenderá en los problemas comunes a Sanidad y Seguros Sociales».

Las funciones consultivas y la composición de este Consejo se describieron en el Decreto de 11 de noviembre de 1935 (*Gaceta de Madrid*, 13-XI-1935). Una de las funciones que se le asigna -y que tendría una importante trascendencia en la implantación del seguro- fue «la determinación de los servicios técnicos y económicos que recíprocamente deban prestarse ambas instituciones».

Entre los componentes de este Consejo, además de los Subsecretarios y de los Subdirectores de Trabajo, Sanidad y Beneficencia, deberían formar parte: el Jefe del Servicio de Previsión Social, un actuario del Instituto Nacional de Previsión, un catedrático de Sociología, un catedrático de la Facultad de Medicina, el Jefe de la Asesoría del Ministerio, un técnico de Sanidad y otro de Seguros Sociales, designados libremente por el Ministro, quienes deberían de iniciar sus actuaciones dentro de los tres meses siguientes a la promulgación del Decreto.

Antes, el 13 de julio de 1935 (*Gaceta de Madrid*, 19-VII-1935), se aprueba una Orden del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, por la que se crea una Comisión presidida por el Subsecretario de Sanidad y Asistencia pública, con el objeto principal de

«... definir concretamente la función del Seguro de Enfermedad, en cuanto se refiera a su implantación en nuestro país, regulando los servicios de asistencia médico-farmacéutica y subsidio de enfermedad que dependan del mismo, la extensión social que deben abarcar estos servicios, organismos competentes para su desarrollo y posible relación con los Servicios de la Sanidad Nacional»<sup>328</sup>.

A esta Comisión se le concedió un plazo de cinco meses para realizar la finalidad encomendada; estuvo formada por los siguientes ocho vocales: Enrique Bardají López, ex Subsecretario de Sanidad; Fernando Enríquez de Salamanca, en representación del profesorado médico; Joaquín Espinosa Ferrándiz, y los otros cinco en representación del Instituto Nacional de Previsión, el Consejo Nacional de Colegios de Médicos, la Asociación

---

<sup>328</sup> Orden del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, de 13 de julio de 1935 (*Gaceta de Madrid*, 19-VII-1935).

Nacional de Médicos de Asistencia Domiciliaria, la Agrupación profesional de Médicos de Sociedades y las sociedades de asistencia médico-farmacéutica. El peso tan elevado de los médicos en esta Comisión evidencia el intento de atraer el debate y las propuestas de estos profesionales para evitar su insistente rechazo a la implantación del seguro de enfermedad, sobre todo el de los médicos del medio rural, que además era el colectivo más numeroso.

Pero, también, en la exposición de motivos de esta norma se requería avanzar para implantar el seguro lo antes posible, reconociendo que se trataba de cubrir las necesidades sociales que eran «cada vez más imperiosas» y de cumplir con los compromisos internacionales. Afrontar la cuestión del seguro de enfermedad, decía la Orden Ministerial, era una obligación pero, para ello, habría que tener en cuenta que, en España, el seguro ofrecería «modalidades muy peculiares» en cuanto a sus características, reconociendo que el origen de esas modalidades era debido «a las especiales circunstancias que concurren en la asistencia médico-farmacéutica, sobre todo en el medio rural».

El desequilibrio de los diversos sectores interesados en la implantación del seguro que formaban parte de la Comisión fue apreciado por el Gobierno en la exposición de motivos de una nueva Orden Ministerial, la de 27 de diciembre de 1935 (*Gaceta de Madrid*, 28-XII-1935): faltaban técnicos actuariales y financieros y, sobre todo, los principales interesados: los patronos y los obreros<sup>329</sup>. Por ello, cinco meses más tarde, se publica otra Orden Ministerial para nombrar los componentes del Consejo que el Decreto había encargado al Ministro y, de paso, para extinguir la formación de la Comisión; la norma indicaba que la disuelta Comisión debería trasladar al Consejo el trabajo elaborado en los cinco meses anteriores, prorrogados en dos más.

En esta Orden Ministerial de 27 de diciembre de 1935 (*Gaceta de Madrid*, 28-XII-1935), se establece que la principal función asignada al Consejo del Ministro es el estudio del anteproyecto de unificación de seguros sociales, preparado por el Instituto Nacional de Previsión en cumplimiento del encargo que le efectuó el Ministerio; todo ello, antes de la redacción definitiva del proyecto de Ley sobre el seguro de enfermedad. Para ese fin,

<sup>329</sup> En esta exposición de motivos se contenía el literal: «...faltaba sobre todo representación de los principales interesados en dicho seguro: de los patronos y de los obreros. Sin contar con su colaboración y asentimiento se iba a decidir o informar sobre sus derechos, sobre la extensión de los mismos y sobre las cargas que dicho seguro iba a imponerles. Por estos motivos había de tener su esfuerzo [el de la Comisión] un valor muy relativo, pero el hecho de recoger principalmente el pensamiento y la aspiración de las clases médicas en la Comisión, casi exclusivamente representadas, constituía ya para el Poder público un documento interesante, sobre todo en lo que a la técnica sanitaria se refiere» (*Gaceta de Madrid*, 28-XII-1935).

además de los subsecretarios, de los subdirectores, del Jefe del Servicio de Previsión Social y del Jefe de la Asesoría Jurídica del Ministerio, se nombran los siguientes miembros:

- Como técnico de sanidad, a Francisco Ruiz Morote, director del Centro de Higiene de Vallecas y profesor de Epidemiología de la Sección de Estudios Sanitarios del Instituto Nacional de Sanidad.
- Como técnico de seguros sociales, a José María Ruiz Manent, vicepresidente del Consejo de Trabajo y delegado de España en el Consejo de la Organización Internacional del Trabajo de la Sociedad de Naciones.
- Al actuario del Instituto Nacional de Previsión, José Gabriel Álvarez Ude.
- Al catedrático de Sociología de la Universidad Central, Severino Aznar.
- Al catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, Gustavo Pittaluga (con carácter de interino).

Por último, como secretario del Consejo se nombra a Joaquín Espinosa Ferrándiz, Jefe del Servicio de Higiene Infantil de Murcia, experto en seguros sociales y sanidad, que había desempeñado la Cátedra de Medicina Social en la Escuela Nacional de Sanidad.

## **2.9. El proyecto de implantación del seguro de enfermedad**

El 13 de septiembre de 1935 se aprobó, por el Consejo de Patronato del Instituto Nacional de Previsión, el articulado definitivo que se convertiría en el proyecto de Ley para la unificación de los seguros sociales; en ese momento el Ministro de Trabajo, Sanidad y Previsión era Federico Salmón Amorín representante de la Confederación Española de Derechas Autónomas [CEDA], nombrado en mayo de ese año 1935, en sustitución de Eloy Vaquero Cantillo, quien había dimitido tras un mes al frente del Ministerio y que, a su vez, sustituía a José Estadella Arno, quien había dimitido en octubre de 1934.

Los componentes del Consejo de Patronato en esa fecha de 13 de septiembre de 1935 eran los mismos que habían sido nombrados en diciembre de 1931, excepto el Presidente, que ahora era Juan Usabiaga Lasquivar, quien había sido nombrado en sustitución de José Marvá Máyer, en mayo de 1934, y algunos de los representantes del Estado, como el Director general de Sanidad que en ese momento era Mariano Fernández Horques, nombrado en mayo de 1935.

En el primer artículo se implantaba, entre otros, el seguro de enfermedad:

«Artículo 1º fines de la ley. En cumplimiento de los artículos 46 y 65 de la Constitución de la República y de los Convenios internacionales, relativos a los Seguros de maternidad, enfermedad, invalidez, vejez y muerte, cuyos proyectos fueron aprobados en las reuniones de la Conferencia Internacional del Trabajo de 1919, 1927 y 1933, se reforman los actuales seguros sociales de retiro obrero y de maternidad, y se implantan los de invalidez, muerte y enfermedad. Un solo seguro cubrirá los riesgos de vejez, invalidez y muerte; otro, los de enfermedad y maternidad»<sup>330</sup>.



Federico Salmón Amorín

Colección Dolores Pérez Salmón [Madrid]

En el artículo segundo se definía la unificación de los seguros de forma muy similar a las bases aprobadas por la Comisión Asesora Nacional Patronal y Obrera. En el artículo tercero, titulado «campo de aplicación», se definían los beneficiarios; su redacción era similar a la realizada por la Comisión Asesora Nacional Patronal y Obrera. En el artículo cuarto, titulado «prestaciones», se detallaban, además de unas normas generales, como la que reconocía que «las prestaciones sanitarias serán iguales para todos los

<sup>330</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA): Comisión del Seguro de Enfermedad. Actas de las reuniones de trabajo. Signatura: DH-E3-B3 [1933-1941], leg. 1. "Comisión del Seguro de Enfermedad – Anteproyecto de Ley: antecedentes".

asegurados», las prestaciones del seguro de vejez, de invalidez, de muerte y de enfermedad. La relación de las prestaciones del seguro de enfermedad era más amplia que la realizada por la Comisión Asesora Nacional Patronal y Obrera, en concreto establecía:

«1º Las prestaciones en el seguro de enfermedad serán:

a) la asistencia sanitaria y los medicamentos y medios terapéuticos competentemente prescritos.

b) un subsidio de enfermedad cuando ésta produzca incapacidad para el trabajo.

c) un subsidio por cargas de familia a que se refiere la norma general.

2º La asistencia sanitaria consistirá a) en los servicios de medicina y cirugía generales y b) en los de especialidades y centros de cura y prevención indispensables que el reglamento determine»<sup>331</sup>.

También las prestaciones del seguro de maternidad se relacionaban de forma mas amplia que en la propuesta elaborada por la Comisión Asesora; por ejemplo, incluía la asistencia farmacéutica, igual que la del seguro de enfermedad, y un 'ajuar' compuesto de lo que «según autoridad técnica competente, sea indispensable en los partos».

En el artículo quinto se detallaban los «recursos económicos» añadiendo, a las aportaciones del patrono y obrero, las del Estado, que consistiría en el pago de parte de la pensión de invalidez, vejez y muerte, cubriendo los gastos de jurisdicción y control. Para el seguro de enfermedad se preveía la cooperación gratuita de los servicios públicos de sanidad y asistencia. El artículo sexto detallaba el régimen financiero que, para el seguro de enfermedad y maternidad, sería un régimen 'de reparto', con la formación de reservas.

En el artículo séptimo se detallaban las entidades aseguradoras, reservando esta función al Instituto Nacional de Previsión y a sus cajas colaboradoras: «administrará estos seguros unificados el INP con sus cajas colaboradoras». El artículo octavo se ocupaba de las «sanciones»; el noveno de la «inspección»; el décimo de la jurisdicción de la norma, y el undécimo estaba dedicado al seguro voluntario de enfermedad.

Por último se contenían las cinco disposiciones transitorias; tiene particular interés la segunda, en la que se establecía que los fondos del seguro de maternidad existente pasarían a engrosar los del nuevo seguro de enfermedad. Y en la disposición transitoria quinta se señalaba que, en un año como máximo a partir de la promulgación de la Ley,

---

<sup>331</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA): Comisión del Seguro de Enfermedad. Actas de las reuniones de trabajo. Signatura: DH-E3-B3 [1933-1941], leg. 1. "Comisión del Seguro de Enfermedad – Anteproyecto de Ley: antecedentes".

debería estar implantado el seguro. Ese plazo de un año se entendía necesario para materializar la coordinación de la sanidad pública y de los servicios sanitarios del seguro:

«1. El actual seguro de maternidad será refundido en el de enfermedad, y mientras éste no entre en vigor, continuará vigente aquel, y, en todo caso, disfrutarán las madres obreras de los derechos reconocidos en las leyes protectoras de la madre y del hijo.

2. La implantación del seguro de enfermedad comenzará cuando el INP tenga dispuestos los servicios sanitarios y los organismos directivos de Trabajo y Sanidad hayan aprobado las normas de coordinación de los servicios sanitarios del seguro con la sanidad pública, todo lo cual deberá ser realizado en el plazo máximo de un año a contar desde la promulgación de la ley.

3. La extensión de las prestaciones sanitarias a los familiares del asegurado comenzará cuando las entidades aseguradoras hayan hecho los censos de sus beneficiarios. Esos censos deberán estar terminados antes de cumplirse un año de la implantación de los seguros respectivos»<sup>332</sup>.

Este texto, aprobado por el Consejo de Patronato del Instituto Nacional de Previsión se convirtió, el mismo 13 de septiembre de 1935, en un «proyecto de ley para la unificación de los seguros sociales». El texto del proyecto era exactamente igual que el aprobado por el Consejo de Patronato, tenía once artículos y cinco disposiciones transitorias. Como hemos señalado, la disposición transitoria quinta imponía un plazo para la implantación del seguro de enfermedad; ya que, una vez promulgada la Ley, el Instituto Nacional de Previsión dispondría de un plazo máximo de un año para organizar los servicios sanitarios adecuados y, en ese mismo plazo, se tendrían que aprobar las normas de coordinación con la sanidad pública para comenzar las prestaciones sanitarias del seguro.

El 8 de octubre de 1935 se desarrolló, en la Facultad de Medicina de Zaragoza, un Congreso «Promédicos» donde, como tema primero de debate, se incluyó el «Seguro de Enfermedad». Entre las conclusiones aprobadas, con carácter general, destacamos las siguientes: «estimamos que en el medio rural debe ser preferido para médico del seguro el titular o titulares» y, «la inspección y la administración del seguro no debe absorber más del diez por ciento de los ingresos de ésta», además, fueron aprobadas otras conclusiones, entre ellas, las siguientes planteadas por el médico Díaz Jurado:

«La clase médica debe aceptar todo el progreso social que beneficie al obrero de un modo real y efectivo, que el Estado complementará la acción de las mutualidades de obreros y patronos, realizando los gastos de establecimiento de

<sup>332</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA): Comisión del Seguro de Enfermedad. Actas de las reuniones de trabajo. Signatura: DH-E3-B3 [1933-1941], leg. 1. "Comisión del Seguro de Enfermedad – Anteproyecto de Ley: antecedentes".

las instituciones complementarias, (...) limitándose luego al sostenimiento de los Institutos de Higiene y Centros Rurales de Sanidad y Medicina Preventiva; (...) que se respeten todas las Mutualidades, preferentemente las obreras, siempre que lleven las cualidades exigidas»<sup>333</sup>.

El 20 de octubre del mismo año de 1935 se celebró, en el Colegio Oficial de Farmacéuticos, la clausura de la XXIII Asamblea de la Unión Farmacéutica Nacional, a la que asistió el Subsecretario de Sanidad y Beneficencia, Manuel Bermejillo; entre las conclusiones aprobadas se destaca la petición de que un farmacéutico formara parte de la comisión de estudio del seguro de enfermedad:

«Solicitar del Señor Subsecretario de Sanidad y Beneficencia la designación de un farmacéutico para la Comisión que estudia el seguro de enfermedad»<sup>334</sup>.

Cataluña, en aplicación de su Estatuto de Autonomía, se planteaba la creación de una Comisaría Sanitaria, dependiente de la Consejería de Sanidad de la Generalidad, para «recibir y adaptar a Cataluña todo lo que referente al Seguro de enfermedad se legisle por el Estado», y para que «las clases sanitarias que habrán de contribuir a realizarlo, puedan intervenir en su realización», por lo que en esta Comisaría estarían representadas la clase farmacéutica, entre otras sanitarias, y las mutualidades<sup>335</sup>. Todo ello, con el fin de «asegurar a las clases obreras una regulada y eficaz prestación de servicios profesionales farmacéuticos que les permita adquirir los medicamentos a precios reducidos y acudir con libertad y confiadamente a la Farmacia de su elección y comodidad».

El proyecto de Ley de unificación de seguros sociales, además de la implantación de los seguros de invalidez, muerte y enfermedad y la reforma de los de maternidad y retiro obrero, tenía como fin la mencionada unificación. Esta unificación se debería concretar, en una sola entidad aseguradora, una sola cuota, un solo documento de afiliación y un mismo documento de cotización para todos los seguros. Sin embargo, en la Ley de 1942 de implantación del seguro de enfermedad aprobada por el Gobierno franquista, no se planteó la unificación de los seguros, se centró exclusivamente en el seguro de enfermedad.

---

<sup>333</sup> *La Vanguardia*, 9-X-1935 (cf. pág. 27).

<sup>334</sup> *La Vanguardia*, 22-X-1935 (cf. pág. 27).

<sup>335</sup> *La Vanguardia*, 12-XI-1935 (cf. pág. 9).



Mediante el Decreto de 1 de abril de 1936 (*Gaceta de Madrid*, 2-IV-1936) del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, se constituía un Consejo que «entienda de los problemas comunes de sanidad y seguros sociales», bajo la presidencia del Ministro de esta cartera, que en ese momento era el abogado y masón Enrique Ramos Ramos, quien había sido nombrado en febrero de 1936, en sustitución de Manuel Becerra Fernández (Ministro de Trabajo, Justicia y Sanidad) y que dimitió el 13 de mayo del mismo año (*Gaceta de Madrid*, 14-V-1936) para ser nombrado Ministro de Hacienda.



Enrique Ramos Ramos

Fotografía de prensa  
Colección Manuel J. Peláez y  
Carmen Amaya Galván



Enrique Bardají López

Fotografía de prensa  
*Blanco y Negro*, 6-V-1934

Este Consejo tenía la función de asesorar sobre la necesaria coordinación de los servicios sanitarios del seguro con la sanidad pública; pues, hasta que esta coordinación no estuviera regulada y fuera efectiva, el seguro de enfermedad no podría comenzar a aplicarse.

Como se ha expuesto, en el apartado segundo de la disposición transitoria cuarta del proyecto de Ley para la unificación de los seguros sociales, se preveía que, «La implantación del Seguro de enfermedad comenzará cuando el Instituto Nacional de Previsión tenga dispuestos los servicios sanitarios y los organismos directivos de Trabajo y Sanidad hayan aprobado las normas de coordinación de los servicios sanitarios del

seguro con la Sanidad pública, todo lo cual deberá ser realizado en el plazo máximo de un año a contar desde la promulgación de la ley».

Dos años antes, se había realizado en Madrid el Primer Congreso Nacional de Sanidad, celebrado entre los días 6 y 12 de mayo de 1934, presidido por Enrique Bardají López<sup>336</sup>. En la ponencia oficial titulada, «El Seguro social de Enfermedad y la Sanidad municipal» se habían analizado las funciones que debían asumir cada una de las instituciones, de forma independiente, y aquellas otras que resultaban convergentes, y que, en consecuencia, debían efectuarse de forma coordinada. Esta ponencia fue desarrollada por Enrique Bardají López, Inspector provincial de Sanidad de Madrid y director del Instituto provincial de Higiene, Mariano Bellogín García, Director de Sanidad exterior de Valencia y Pedro González y Rodríguez, Inspector provincial de Sanidad de Burgos.

En la ponencia, antes de realizar propuestas concretas, los autores recordaron a los médicos del medio rural o de mutualidades que la implantación del seguro de enfermedad sería muy positiva, tanto para los beneficiarios como para los profesionales sanitarios. Una de las ventajas se materializaría a través de la firma de convenios de colaboración, que sustituirían a la actual situación de dependencia retributiva directa de los beneficiarios, a través de igualas o de las mutualidades médico-farmacéuticas:

«Una de las cosas que estima la clase médica que pelagra es la independencia inherente a toda profesión llamada liberal, pero esto, bien mirado, se reduce a bien poco. ¿Dónde está la libertad de profesión en el medio rural y en los centros urbanos para los médicos que tienen igualas o están al servicio de mutualidades? ¿No es la iguala un principio de seguro, aunque rudimentario? Además, en los partidos médicos se ha venido efectuando una especie de exclusiva en el ejercicio de la profesión, que convierte el partido en un coto cerrado, y si a algún médico se le ocurre establecerse el amparo de las prerrogativas que le concede su título de ejercer libremente la profesión, las protestas y obstáculos de todo orden le obligan a abandonar el campo (...). Es de esperar que la clase médica o sus organismos representativos y los elementos del seguro de enfermedad lleguen a convenios ventajosos para ambos, ya que el seguro no es eficaz sin la colaboración entusiasta del médico, y este no puede darla en esta forma si a su vez no siente la debida satisfacción interior»<sup>337</sup>.

<sup>336</sup> Juan FERNÁN PÉREZ. "Primer Congreso Nacional de Sanidad". *Blanco y Negro*, [6-V-1934]: 182-185. Madrid, 1934 (cf. pág. 182); CONGRESO NACIONAL DE SANIDAD. *Comunicaciones. Primer Congreso Nacional de Sanidad*. Madrid: Gráfica Literaria, 1934; CONGRESO NACIONAL DE SANIDAD. *Guía Oficial del Primer Congreso Nacional de Sanidad*. Madrid: Sáez Hermanos, 1934.

<sup>337</sup> Enrique BARDAJÍ LÓPEZ, Mariano BELLOGÍN GARCÍA, Pedro GONZÁLEZ RODRÍGUEZ. *El seguro social de enfermedad y la sanidad municipal*. Madrid: [s.n.], 1934 (cf. págs. 12-13).

Por lo que, en la primera conclusión de la ponencia, se definió la implantación del seguro de enfermedad como obra social muy benéfica:

«Conclusiones:

1<sup>a</sup> La Sanidad Nacional estima como obra social muy benéfica la implantación del Seguro de Enfermedad; en primer lugar, por el mejoramiento económico y físico del sector más numeroso de la sociedad, y en segundo término, porque ha de contribuir a la solución de un gran número de problemas sanitarios»<sup>338</sup>.

La ponencia preveía que las prestaciones de la beneficencia disminuyeran de forma significativa, por lo que proponía que se mantuvieran las mismas dotaciones presupuestarias pero dirigidas a mejorar la sanidad preventiva, con grandes carencias en ese momento, por lo que la Sanidad se beneficiaría de la implantación del seguro de enfermedad.

Esta propuesta se recogió en la conclusión tercera de la ponencia:

«3<sup>a</sup> Con el Seguro de Enfermedad se dará una asistencia médica completa a una zona amplia de habitantes; ello hará casi desaparecer las beneficencias municipales. En este caso, al anularse una de las funciones de los actuales médicos titulares, la de asistencia benéfica, deben de ser incorporados a los servicios de medicina preventiva y conservar para este concepto las dotaciones que tuvieron»<sup>339</sup>.

En cuanto a los centros sanitarios, la ponencia proponía que el seguro utilizara las instalaciones de la Sanidad, en las que sólo tendría que atender su mantenimiento. Esta colaboración, unida a la construcción de sus propios centros sanitarios, daría lugar a una mejora sanitaria indiscutible de la población. También se proponía una colaboración en los siguientes aspectos, que redundaría en un ahorro de la sanidad asistencial de ambas instituciones, la Sanidad Pública y el Seguro de Enfermedad:

- Realización de campañas de propaganda dirigidas a mejorar las prácticas higiénicas de la población.
- Colaborar con la Sanidad Nacional en caso de epidemias y mediante la realización de campañas para la eliminación de focos endémicos.
- Fomentar la investigación sanitaria.
- Fomentar el saneamiento de los municipios.

---

<sup>338</sup> Enrique BARDAJÍ LÓPEZ, Mariano BELLOGÍN GARCÍA, Pedro GONZÁLEZ RODRÍGUEZ. *Op. cit. ut supra*, cf. pág. 15.

<sup>339</sup> Enrique BARDAJÍ LÓPEZ, Mariano BELLOGÍN GARCÍA, Pedro GONZÁLEZ RODRÍGUEZ. *Op. cit. ut supra*, cf. pág. 15.

La ponencia concretaba esta colaboración en sus conclusiones, aunque proponía que, en todo caso, la alta inspección y el control de todos los organismos y servicios sanitarios se deberían asignar a la Sanidad Nacional. Asimismo, proponía la participación de ambas instituciones para conseguir determinados fines, como la creación de centros sanitarios, el saneamiento de los municipios, y el servicio de propaganda y educación sanitaria popular:

«5<sup>a</sup> El régimen de coordinación se podría establecer bajo las siguientes bases:

a) Como la sanidad nacional es la responsable del estado sanitario del país, ha de corresponderle la alta inspección y control de todos los organismos y servicios.

b) Debe de constituirse un comité o comisión, formada con elementos del seguro de enfermedad y de la sanidad nacional, la que resolverá todo lo referente a creaciones de centros sanitarios, dispensarios etc. y respecto de su distribución o localización.

c) La sanidad nacional y el seguro de enfermedad deben efectuar mancomunadamente un servicio de propaganda y educación sanitaria popular.

6<sup>a</sup> Una colaboración análoga debe establecerse para fomentar el saneamiento de los municipio, y a este fin el seguro de enfermedad y la sanidad nacional unirán sus esfuerzos»<sup>340</sup>.

El 26 de mayo de 1936 la Asociación Española de Mutuas de Seguros celebró una asamblea general, con la asistencia de más de cien representantes. Entre los temas que se trataron se incluyó el seguro de enfermedad público y, al considerarlo «trascendental para las entidades patronales»<sup>341</sup>, acordaron solicitar al Ministerio de Trabajo que lo sometiera a información pública.

Mientras tanto, diversos conflictos de obreros planteaban, como principal demanda, la mejora del seguro de enfermedad privado que les facilitaban sus empresas. En la industria gastronómica catalana se demandaba la «ampliación del seguro de enfermedad hasta noventa días»<sup>342</sup>; en la industria textil alicantina, los obreros huelguista aceptaron «las ofertas de los patronos que son 0,90 del total de los jornales para organizar el seguro de enfermedad que será administrado por los obreros»<sup>343</sup>; en la industria de curtidos de Igualada (la principal industria de la población), los obreros se habían declarado en huelga «por discrepancia en la forma de interpretar la reglamentación del

---

<sup>340</sup> Enrique BARDAJÍ LÓPEZ, Mariano BELLOGÍN GARCÍA, Pedro GONZÁLEZ RODRÍGUEZ. *Op. cit. ut supra*, cf. pág. 16.

<sup>341</sup> *La Vanguardia*, 27-V-1936 (cf. pág. 23).

<sup>342</sup> *La Vanguardia*, 17-V-1936 (cf. pág. 7).

<sup>343</sup> *La Vanguardia*, 3-VI-1936 (cf. pág. 36).

seguro de enfermedad»<sup>344</sup>. Los obreros consideraban fundamental disponer de un seguro de enfermedad, aunque fuera, como vemos, con prestaciones muy ajustadas. Los obreros, en la década de los treinta del siglo XX, estaban fuertemente asociados, solo en el sindicato de UGT se agrupaban casi dos millones de afiliados; el punto de inflexión en su crecimiento se había producido a partir de la huelga de 1917, pues en 1918 contaban con 90.000 afiliados y en 1923 alcanzaron una cifra de 250.000<sup>345</sup>.

El 28 de mayo de 1936 se publicó, en la *Gaceta de Madrid*, la Orden del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, de 25 de mayo, donde se contenía el proyecto para la unificación de los seguros sociales; en esa fecha era Ministro Juan Lluhí Vallescá<sup>346</sup>, fue nombrado, sustituyendo a Enrique Ramos Ramos, el 13 de mayo de 1936 (*Gaceta de Madrid*, 14-V-1936), y estuvo al frente del Ministerio hasta julio de 1936, cuando fue sustituido por Bernardo Giner de los Ríos. A propuesta del Consejo mixto de Previsión Social, el Ministerio abrió una información pública, «por término de veinte días naturales, a fin de que las personas, Asociaciones y entidades a quienes pueda interesar formulen por escrito las observaciones que estimen procedentes en relación con las bases del anteproyecto para la unificación de los Seguros sociales». En la disposición cuarta se indicaba que las observaciones se deberían remitir al Servicio de Previsión del Ministerio de Trabajo Sanidad y Previsión.

En la disposición tercera se establecía que el plazo comenzaba a contarse desde el día siguiente al de la publicación de la *Gaceta de Madrid*, por lo que terminaría el día diecisiete de junio de 1936. Si se hace un cálculo aproximado, teniendo en cuenta el tiempo necesario para el análisis de las observaciones efectuadas al anteproyecto de Ley, los plazos establecidos para la tramitación de una Ley y el año previsto para la puesta en funcionamiento de los servicios sanitarios, se puede deducir que la implantación del seguro de enfermedad podría haberse efectuado al final del año 1937.

La respuesta al anteproyecto para la unificación de los seguros sociales que remitió el Colegio de Médicos de Madrid, el 16 de junio de 1936, cuyo presidente era José Velasco Pajares, contenía, entre otras, las siguientes conclusiones:

---

<sup>344</sup> *La Vanguardia*, 1-VII-1936 (cf. pág. 79).

<sup>345</sup> El número total de afiliados en abril de 1938 alcanzaba una cifra de 1.904.569 (*La Vanguardia*, 3-IV-1938, cf. pág. 5).

<sup>346</sup> El 2 de junio de 1936 (*Gaceta de Madrid*, 4-VI-1936) Manuel Azaña aprobó una Ley, a propuesta del Ministro Joan Lluhí Vallescá, mediante la cual se ratificaba el Convenio relativo al establecimiento de un régimen internacional de conservación de derechos en los seguros de invalidez, vejez y muerte, adoptado por la Conferencia Internacional del Trabajo, celebrada en Ginebra, en el año 1935.

«3<sup>a</sup> La clase médica será la única encargada de organizar los servicios técnicos médicos, máxima garantía de que éstos sean completos y eficientes (...)

5<sup>a</sup> El seguro debe bastarse a sí mismo y por sí mismo para cumplir la misión que le incumbe, sin involucrar en sus servicios a la Sanidad pública, cuya alta misión estatal nada ni nadie debe desviar.

Las Beneficencias tienen su misión específica también; si hoy no atendiendo más que a sus legítimos usuarios, no tienen capacidad para absorber el considerable número de enfermos que a ella acuden, menos podría pensarse que preste servicios al Seguro (...)

8<sup>a</sup> Las entidades constituidas que practican el Seguro libre de Enfermedad, puestas en adecuadas condiciones legales para asumir la nueva función social de los Seguros, deben no solo ser respetadas, sino favorecidas, para llegar en su intermedio, en donde existan, a la implantación de los Seguros Sociales de tipo sanitario, sin transiciones bruscas y peligrosas, que pondrían en peligro el prestigio y la aceptación de buen grado por todos los interesados.

9<sup>a</sup> Todos los ciudadanos, sin excepción, acogidos al Seguro y sus familias, tienen que ser atendidos sanitariamente desde el primer día y mientras lo necesiten, sin limitación de plazos.

10<sup>a</sup> La inspección sanitaria correrá a cargo de un Cuerpo Médico Inspector creado por el Seguro»<sup>347</sup>.

Las demandas más importantes del colectivo médico, el más crítico en la implantación del seguro, se pueden resumir en los cuatro apartados siguientes:

- La organización de los servicios técnicos médicos se reservarían a los médicos. Para atender esta demanda, podría plantearse una comisión, en la que participarían las principales organizaciones representativas de estos profesionales, con lo que parece posible que se llegara a alcanzar un acuerdo positivo para ambas partes.

- La atención de la beneficencia debería separarse de la atención a los asegurados, por lo que, los medios humanos no podrían ser los mismos. En este punto reivindicaban la correspondiente remuneración de los médicos de la beneficencia y titulares, por la asistencia a los beneficiarios del seguro; algo lógico por el aumento de carga de trabajo. Parece que esta reivindicación podría regularse de forma aceptable para ambas partes, pues se podría asumir por el seguro al disponer de la financiación necesaria.

- La incorporación en el seguro público de las entidades privadas que ya practicaban el seguro privado de enfermedad. Este aspecto era necesario para la implantación del seguro en breve plazo, y también para evitar un conflicto con el personal sanitario que quedaría prácticamente sin trabajo. El seguro se beneficiaría del personal ya

---

<sup>347</sup> Joaquín ESPINOSA FERRÁNDIZ. "Comparecencia en la información pública sobre el Seguro de Enfermedad". *El Siglo Médico*, 4306: 658-660. Madrid, 1936.

formado, que practicaba el seguro en el ámbito privado, por lo que parece que podría alcanzarse un acuerdo equitativo, de hecho, estaba previsto en el anteproyecto de Ley.

- La inspección del seguro se efectuaría por un cuerpo específico del seguro. No parece que esta demanda pudiera plantear problemas para el INP, al contrario, podría ser positivo disponer de un cuerpo propio de inspectores.

Por lo expuesto, el colectivo de médicos estaría preparado para integrarse en el seguro público, así se deduce de la posibilidad real de aceptación de sus demandas.

En el mismo sentido, de favorecer una de las más importantes demandas del colectivo médico, se expresó el médico Joaquín Espinosa Ferrándiz, en una conferencia pronunciada en el Colegio de Médicos de Madrid, en junio de 1936, que se recogió, como resumen, en la revista *El Siglo Médico*:

«El reclutamiento de médicos para el Seguro, estima el conferenciante cómo es el mejor el de una oposición seria y dura, que dé un personal lo mejor dotado para atender a las necesidades del mismo; ahora bien, no hay que olvidar a los hombres que tienen derechos adquiridos de muchos años – rurales y de Sociedades mercantiles-, y que deben ingresar en el mismo. Ahora bien, la mejor solución de éste sería que, al entrar las Sociedades en el Seguro, entrasen los médicos que hoy se hallan al servicio de las mismas

Ahora bien, a esto hay que poner ciertas garantías, ya que de aquí a entonces pueden fundarse Sociedades de tipo mutualista que así quieran ingresar en el mismo.

En cuanto a la implantación del Seguro, dice, de modo concreto, que no podrá implantarse si los médicos se hallan en contra y los obreros no lo quieren. Pero, a pesar de esto, dice cómo los médicos, desechando pugnas, deben unirse para que, al llegar su implantación, tenga ésta un mayor número de ventajas para ellos»<sup>348</sup>

Joaquín Espinosa Ferrándiz formaba parte de la comisión oficial creada, en julio de 1935, por el Gobierno de la República, para la implantación del seguro de enfermedad en España, por lo que su opinión tenía muchas probabilidades de ser aceptada y recogida en la normativa reguladora del nuevo seguro social. En los capítulos siguientes se expone cómo el seguro implantado por el Gobierno franquista asumió la misma propuesta, pues una gran parte de su personal médico provenía de las mutualidades privadas. Sin embargo, la prevención apuntada por Joaquín Espinosa Ferrándiz para que se garantizara la entrada a los médicos que realmente estuvieran ligados a alguna mutualidad, no se atendió con diligencia por el Gobierno de Franco. La insurrección militar de 1936 suspendió la tramitación de la Ley; el siete de agosto de ese año 1936, Manuel Azaña

<sup>348</sup> Joaquín ESPINOSA FERRÁNDIZ. *Op. cit. ut supra*, cf. págs. 659-660.

firmó un Decreto (*Gaceta de Madrid*, 8-VIII-1936) disponiendo la suspensión de las sesiones de Cortes «durante la presente legislatura».

El Gobierno de la II República actuó con diligencia y con respeto a las instituciones y a los plazos establecidos en la legislación vigente. Sin embargo, en la Ley del Gobierno franquista, de 14 de diciembre de 1942 (*BOE*, 27-XII-1942), por la que se crea el seguro obligatorio de enfermedad, se afirma que «El seguro de enfermedad, establecido en muchos países de Europa, no se había implantado en España como consecuencia de las luchas imperantes entre los diversos partidos políticos, en los que los intereses particulares en juego impedían esta realización». En relación con esta afirmación, innecesaria en una Ley social, si se tiene en cuenta el aspecto temporal de la tramitación y aplicación de la Ley franquista, hay que recordar que, las primeras prestaciones del seguro de enfermedad no se efectuaron hasta el año 1944 y que la asistencia médica especializada no se realizó hasta principios del año 1948; con lo que habían transcurrido cinco años de la aprobación de la Ley del seguro de enfermedad de 1942 y casi nueve años desde la llegada al poder de Francisco Franco. Más aún si se tiene en cuenta que los colectivos históricamente mas beligerantes, además de estar ya a favor de la implantación del seguro, después de muchos años de debate y de información, ahora, con un Gobierno dictatorial no tenían posibilidades de que sus discrepancias paralizaran la tramitación de la Ley.

Pocos meses antes de la aprobación de la Ley del seguro de enfermedad, el 5 de octubre de 1944, José Bayona Sánchez, vocal del Consejo General de Colegios Farmacéuticos, pronunció una conferencia en la Universidad de Sevilla titulada “El farmacéutico en el Seguro de Enfermedad”, que contó con una amplia representación institucional y profesional entre los asistentes<sup>349</sup>, pese a lo cual sólo se publicó una breve reseña en el *Boletín de Información* del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España, justificada en la revista por «falta de espacio» y que más bien parece debida a una censura de la labor divulgadora e informativa; la prensa diaria anunció que el conferenciante comenzó «dando antecedentes del Seguro de Enfermedad en distintas naciones europeas y americanas y estableciendo las conexiones y las

<sup>349</sup> “En el Aula Máxima de la Universidad, debida a la insuficiencia del local de actos del Colegio Oficial de Farmacéuticos (...) tomaron asiento en el estrado con el excelentísimo señor rector, que presidía, el jefe provincial de Sanidad, Inspector provincial de los Servicios Sanitarios, doctor Peset; el Jefe de los Servicios Farmacéuticos de la Segunda Región Aérea, doctor Gerez Olmedo, los presidentes de los Colegios de Córdoba y Huelva, señores Valverde y Borrero de la Feria; el representante del Colegio de Cáceres, señor Frasquería y el delegado provincial de los Servicios Farmacéuticos de Sevilla. Doctor Miguel Martínez...” (*ABC [Sevilla]*, 6-X-1944, cf. pág. 8).



diferencias de dicho seguro social entre estas naciones y España...”, pero, de acuerdo con la noticia publicada en el *Boletín de Información...*, ésta quedó reducida a lo siguiente:

«Comienza hablando de la necesidad de implantar el Seguro de Enfermedad, como ya se ha hecho en casi todas las naciones europeas. Glosa después la disposición de 8 de abril de 1932, transcribiendo el Convenio Internacional relativo al seguro de Enfermedad, que no llegó a tener repercusión en nuestro país, hasta que por Decreto de 11 de julio de 1941 se nombró una comisión que preparara el oportuno Decreto, que después de trámites reglamentarios se convirtió en Ley de 14 de diciembre de 1942, creando el Seguro de Enfermedad»<sup>350</sup>.

Se ensombrecía así la labor realizada por la República; es cierto que no se implantó la Ley, solo llegó a elaborar un anteproyecto de Ley, pero realizó una labor larga de información, debate y preparación de todos los colectivos implicados, respetando lo contenido en los convenios de la Organización Internacional de Trabajo, ratificados por España, a propuesta del Ministro Francisco Largo Caballero, por lo que estos convenios sí tuvieron repercusión en España. Francisco Comín, Mauro Hernández y Enrique Llopis señalan que algunos de los grandes proyectos de la República no se culminaron, entre otras razones porque el Gobierno actuó siempre dentro de la legalidad y no quiso utilizar la fuerza para imponerlos, y por las resistencias que encontraron dentro de España; sus palabras pueden aplicarse, en su integridad, al proceso de implantación del seguro obligatorio de enfermedad:

«Las estructuras sociales eran atrasadas por la deficiente enseñanza pública y privada (en manos de la Iglesia hasta 1931), y la parcialidad de los medios de comunicación; los militares tenían un poder desproporcionado, que no estaban dispuestos a perder; los patronos se resistían a incorporar en su empresas los avances de la legislación social y laboral, y se sintieron amenazados por el control obrero (...). Esta es la interpretación de Josep Fontana, quien sostiene que la República no fracasó por la aplicación de una política económica que no era equivocada ni revolucionaria. Los gobiernos republicanos de centro izquierda, de 1931-1933, y del Frente Popular, pretendían hacer una amplia reforma, pero de ninguna manera una revolución. Sus proyectos eran más «adecuados y coherentes» que los propuestos desde la extrema derecha (la Falange) y la extrema izquierda (el Partido Comunista). Si no pudieron realizarse fue porque el gobierno actuó siempre dentro de la legalidad y no quiso utilizar la fuerza para imponerlos, y por las resistencias que encontraron en España y en la diplomacia internacional. Un liberal como Azaña (...) reconoció que en una situación como aquella era imposible atenerse al «liberalismo tradicional». Fue de los pocos políticos europeos que, en los años treinta, se dieron cuenta de que era precisa una mayor intervención del Estado para resolver los problemas económicos y

<sup>350</sup> [COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE SEVILLA]. “El Farmacéutico en el Seguro de Enfermedad”. *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 31: 23-24. Madrid, 1945.

sociales. En definitiva, la República constituyó una esperanza frustrada por las circunstancias económicas, políticas e internacionales»<sup>351</sup>.

El Gobierno franquista intentó retomar la tramitación del proyecto de unificación de seguros sociales y, mediante una Orden del Ministerio de Trabajo de 9 de septiembre de 1939, encargó al Instituto Nacional de Previsión que, en el plazo de tres meses, formulase las propuestas técnicas correspondientes para la reforma del seguro de maternidad y la implantación de los de orfandad, y que redactara una propuesta de unificación de los seguros y su coordinación con el régimen de subsidios familiares<sup>352</sup>.

El Instituto Nacional de Previsión redactó unas bases para la preparación de un proyecto de Ley sobre seguros sociales unificados que se remitieron al Ministerio de Trabajo el 3 de diciembre de 1939<sup>353</sup>. Ese documento titulado, «Bases para la preparación de un proyecto de Ley sobre los seguros sociales unificados y coordinados» era fiel reflejo del proyecto de Ley para la unificación de los seguros sociales, publicado en 1936, aunque ajustándolo al Fuero del Trabajo y teniendo en cuenta que, tres meses antes, el retiro obrero se había transformado en subsidio de vejez. En concreto, la base I titulada «Fines de la ley» establecía:

«1. En cumplimiento de lo dispuesto en el Fuero del trabajo y para la más eficaz protección de la capacidad laboral de los trabajadores y de las vidas de estos y de sus familias, se modifican el régimen de subsidio de vejez y seguro de maternidad, completándolos y sustituyéndolos por los seguros sociales unificados:

- a) de invalidez, vejez y muerte
- b) de enfermedad y maternidad

2. Consistirá la unificación: en que sea única la institución aseguradora, única la cuota»<sup>354</sup>.

Pero esta unificación no se aprobó a la vez que se implantaban seguros nuevos, la regulación se efectuó de forma individualizada para cada uno de los seguros:

<sup>351</sup> Francisco COMÍN, Mauro HERNÁNDEZ, Enrique LLOPIS. *Historia económica de España, siglos X-XX*. Barcelona: Editorial Crítica, 2010 (cf. pág. 329).

<sup>352</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA): 23/1976. C-4/23-B3-C3, leg. 49.1. «Ley del Seguro de Enfermedad. Comisión para redactar el Anteproyecto de Ley. Comentarios a la Ley del S.E. [Seguro de Enfermedad]»; *Ibid.*, Comisión del Seguro de Enfermedad. Actas de las reuniones de trabajo. Signatura: DH-E3-B3 [1933-1941], leg. 2. «Comisión del Seguro de Enfermedad – Anteproyecto de Ley: actas de la Comisión».

<sup>353</sup> «Bases para la preparación de un proyecto de Ley sobre los seguros sociales unificados y coordinados» (Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA): 23/1976. C-4/23-B3-C3, leg. 49.1. «Ley del Seguro de Enfermedad. Comisión para redactar el Anteproyecto de Ley. Comentarios a la Ley del S.E. [Seguro de Enfermedad]»).

<sup>354</sup> «Bases para la preparación de un proyecto de Ley sobre los seguros sociales unificados y coordinados» (Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA): 23/1976. C-4/23-B3-C3, leg. 49.1. «Ley del Seguro de Enfermedad. Comisión para redactar el Anteproyecto de Ley. Comentarios a la Ley del S.E. [Seguro de Enfermedad]»).

- El retiro obrero obligatorio (régimen de capitalización), unos meses antes, mediante la Ley de 1 de septiembre de 1939 (*BOE*, 9-IX-1939), se transformó en subsidio de vejez (pensiones fijas), se elevó la pensión de una a tres pesetas diarias y se ampliaron las pensiones a los trabajadores inválidos de más de sesenta años. Por esta misma Ley, las cajas colaboradoras del Instituto Nacional de Previsión se transformaron en Delegaciones del Instituto.

- El seguro de maternidad se amplía por Ley de 18 de junio de 1942.

- El seguro de enfermedad, que integraría el de maternidad, se aprobó mediante la Ley de 14 de diciembre de 1942.

El 23 de diciembre de 1944 (*BOE*, 13-I-1945) se publicó un Decreto por el que se fijaban las bases para el seguro total. Se pretendía dar cumplimiento a la Declaración décima del Fuero del Trabajo que establecía que era el Estado el que debía proporcionar al trabajador la seguridad de su amparo en el infortunio; sin embargo, no llegó a cumplir este objetivo. Hasta el año 1948 no se realiza un nuevo intento de unificación, entonces se aprueba el Decreto de 29 de diciembre (*BOE*, 18-I-1949), aunque en realidad se trataba tan solo de efectuar una coordinación entre los diferentes seguros sociales para simplificar los trámites administrativos.

Con este Decreto de 29 de diciembre de 1948 (*BOE*, 18-I-1949), se simplifican y unifican los procedimientos de afiliación y de cotización de los seguros sociales obligatorios, pero no se unifican los seguros sociales. Así, el empresario debía ingresar en un solo acto la cuota correspondiente, el 18% del salario-base, el 13% a cargo de la empresa y el 5% a cargo del trabajador, y, después, era el Instituto Nacional de Previsión el encargado de distribuir la parte alícuota entre cada seguro: el 4% para el seguro de vejez e invalidez, el 9% para el seguro de enfermedad y el 5% para el régimen de subsidios familiares. De esta distribución de recursos también se observa la elevada necesidad financiera del seguro de enfermedad; se trataba, sin duda, del seguro con mayor peso de los gestionados por el Instituto Nacional de Previsión.

A continuación se expone, de forma sintetizada, los contenidos del proyecto del seguro formulado en 1936 y de la Ley del seguro obligatorio de enfermedad promulgada en 1942.

Tabla VII.1 Contenidos del proyecto de Ley republicano [1936] y de la Ley del seguro de enfermedad [1942]. Subsidios	
1936	1942
<p>Enfermedad:</p> <p>Un subsidio cuando la enfermedad produzca incapacidad para el trabajo:</p> <p>25% del salario base desde el cuarto día de la enfermedad e incapacidad para el trabajo hasta el séptimo día.</p> <p>50% del salario base desde el octavo día de incapacidad en adelante hasta un máximo de 26 semanas.</p> <p>Si persiste la enfermedad, sufre recaídas o contrae otra nueva, será preciso que pasen seis meses a partir del alta, y haber cotizado un mínimo de 12 semanas. Si no hubiera agotado el plazo máximo a que tuviere derecho, la recaída o la nueva enfermedad, será considerada como continuación de aquella.</p> <p>Si agotados los plazos de prestaciones, el asegurado no hubiese logrado su curación, se le considerará inválido temporal y, como tal, tendrá derecho a las prestaciones del seguro de invalidez.</p> <p>Si el asegurado es internado gratuitamente en una casa de cura o prevención se suprimirá el subsidio, si no tiene familiares que vivan a su costa y en su casa. En el caso de que los tenga, para sostenimiento de los mismos se le concederá la parte de subsidio que el Reglamento determine.</p>	<p>Enfermedad:</p> <p>Un subsidio cuando la enfermedad produzca incapacidad para el trabajo, reciba asistencia sanitaria del seguro, y lleve asegurado por, lo menos, seis meses:</p> <p>50% de la retribución con arreglo a la cual cotizase últimamente, desde el quinto día de la enfermedad e incapacidad para el trabajo hasta un máximo de 26 semanas.</p> <p>La indemnización sólo será abonada en las enfermedades cuya duración mínima sea de siete días.</p> <p>Cuando no teniendo familia que viva con él a sus expensas y sea hospitalizado, percibirá el diez por ciento del jornal.</p> <p>Si el asegurado enfermo tuviera derecho a prestaciones económicas durante su enfermedad en otro seguro social o privado, serán acumulables sus derechos, sin que el total de la indemnización alcanzada pueda rebasar el 90% del salario.</p>
<p>Maternidad:</p> <p>Igual al de enfermedad mientras dure el descanso legal.</p>	<p>Maternidad:</p> <p>Integrado en el de enfermedad.</p>
<p>Premio de lactancia:</p> <p>5 pesetas por semana durante diez semanas.</p>	<p>Subsidio de lactancia:</p> <p>Su cuantía y duración se fijarán en un Reglamento.</p>
	<p>Indemnización por fallecimiento:</p> <p>Cuando fallezca un asegurado sin dejar derecho a una indemnización para gastos funerarios en virtud de otros seguros o de un contrato de trabajo, se indemnizará con una cuantía de veinte veces la retribución de un día.</p>

Tabla VII.2 Contenidos del proyecto de Ley republicano [1936] y de la Ley del seguro de enfermedad [1942]. Prestaciones sanitarias	
1936	1942
<p>Servicios de medicina y cirugía generales.</p> <p>Especialidades y centros de cura y prevención indispensables que el Reglamento determine.</p> <p>Servicios farmacéuticos prescritos por receta magistral y en los medicamentos determinados en un 'petitorio' aprobado y revisable por orden ministerial.</p> <p>Los servicios sanitarios serán también prestados a la mujer y a los hijos del asegurado que vivan en su domicilio y a su costa.</p> <p>Las prestaciones se percibirán siempre que sean necesarias, desde el día siguiente a su ingreso en el seguro, hasta un máximo de 26 semanas.</p> <p>La entidad aseguradora podrá ampliar la duración de la asistencia sanitaria en nuevos plazos en los casos en que la enfermedad del asegurado persista una vez terminado el plazo anterior.</p> <p>El derecho de los familiares del asegurado comenzará cuando éste haya satisfecho diez cotizaciones semanales, y tendrá la misma limitación en cuanto a los plazos.</p>	<p>Asistencia médica completa, tanto en los servicios de medicina general como en los de especialidades.</p> <p>Asistencia farmacéutica hasta un máximo de 26 semanas/año para los asegurados y 13 semanas/año para familiares, mientras que se presta asistencia médica. Solo se servirán medicamentos incluidos en un 'petitorio' revisable. El plazo de 26 semanas podrá ser ampliado cuando las circunstancias del enfermo lo aconsejen y el Ministerio de Trabajo lo acuerde.</p> <p>Servicio de hospitalización hasta un límite de 12 semanas/año para los asegurados y 6 semanas/año para sus familiares. Estos plazos podrán prorrogarse cuando las circunstancias lo aconsejen y el Instituto Nacional de Previsión lo acuerde.</p> <p>Los servicios de prótesis, baños y ortopedia sólo se prestarán por prescripción facultativa</p> <p>El derecho a la asistencia sanitaria médico-farmacéutica comienza el día de la afiliación de cada asegurado para éste, su cónyuge y sus hijos. Para los demás familiares no comenzará hasta pasados 6 meses de la solicitud del beneficiario.</p>
<p>Seguro de maternidad:</p> <p>La trabajadora y la mujer del inscrito en el Régimen de Seguros Unificados tendrán derecho a matrona, médico y servicios farmacéuticos similares a los previstos en caso de enfermedad, y un ajuar de maternidad.</p> <p>Derecho a la utilización de obras de maternidad / infancia, afectas al servicio por las entidades aseguradoras.</p>	<p>Seguro de maternidad:</p> <p>Las aseguradas tendrán los mismos derechos y deberes que los del seguro de maternidad integrado en el de enfermedad.</p> <p>Todas las mujeres beneficiarias tendrán derecho a la asistencia en los periodos de gestación, puerperio y parto, y a la utilización de las obras de maternidad / infancia, afectas al servicio por las entidades aseguradoras.</p>

Tabla VII.3 Contenidos del proyecto de Ley republicano [1936] y de la Ley del seguro de enfermedad [1942]. Características generales	
1936	1942
<p><b>Campo de aplicación:</b></p> <p>Asalariados entre 16 y 65 años, con retribuciones anuales menores o igual de 6.000 pesetas / anuales, que trabajen habitualmente y no perciban otros beneficios equivalentes públicos.</p>	<p><b>Campo de aplicación:</b></p> <p>Asegurados obligatorios: Los productores económicamente débiles (que no excedan de los límites establecidos en un Reglamento), que trabajen por cuenta propia (afiliación a través del organismo sindical correspondiente) o ajena (afiliación por el empresario), los que trabajan en su domicilio y los colocados en el servicio doméstico, excepto los funcionarios públicos o de corporaciones con otros beneficios establecidos por Ley.</p> <p>Beneficiarios: familiares que convivan a sus expensas, como el cónyuge, ascendientes, descendientes y hermanos menores de 18 años o incapacitados.</p>
<p><b>Financiación:</b></p> <p>Cuota de obrero y patrono (se determina por el Ministerio de Trabajo, oyendo a la Comisión asesora patronal y obrera: una para el seguro de enfermedad y maternidad).</p> <p>Mejoras voluntarias por el obrero, patrono o un tercero.</p> <p>El Estado contribuye con la cooperación gratuita de los servicios de sanidad y de la asistencia pública a cargo del Estado. Y, para el caso de maternidad, con las aportaciones ya disponibles.</p>	<p><b>Financiación:</b></p> <p>Cuota de obrero y patrono por partes iguales.</p> <p>El Estado contribuye con la cooperación de las instituciones de la sanidad pública, exenciones tributarias y otras aportaciones.</p>
<p><b>Régimen financiero:</b></p> <p>De reparto, con la formación de reservas que aumenten su estabilidad y solvencia.</p> <p>Con un fondo nacional regulador.</p>	<p><b>Régimen financiero:</b></p> <p>De reparto, con dos fondos de reservas.</p>
<p><b>Entidades aseguradoras:</b></p> <p>Instituto Nacional de Previsión con sus cajas colaboradoras.</p> <p>Cajas de empresa que, en el momento de aplicación, estuvieran exceptuadas del régimen de retiro, y mutualidades y cajas de empresa, existentes al implantarse la Ley, que cumplan los requisitos reglamentariamente establecidos.</p>	<p><b>Entidades aseguradoras:</b></p> <p>Instituto Nacional de Previsión como entidad aseguradora única.</p>

<p>Seguro voluntario de enfermedad:</p> <p>Trabajadores autónomos, menores de 45 años, con condiciones similares a los asalariados, previo reconocimiento médico.</p> <p>Los trabajadores que hayan dejado de cotizar en el obligatorio, hayan cotizado 26 semanas en el año anterior, menores de 45 años.</p> <p>Asalariados con sueldo superior a 6.000 pesetas anuales.</p> <p>Cónyuge supérstite.</p>	<p>Seguro voluntario de enfermedad:</p> <p>Podrá establecerse, mediante Decreto del Ministerio de Trabajo, acordado en Consejo de Ministros, el régimen de afiliación voluntaria de este seguro</p>
	<p>Organización de los servicios médicos</p> <p>La prestación de los servicios médicos se realizará a través de la 'Obra Sindical del 18 de Julio', excepto en los conciertos del Instituto Nacional de Previsión con instituciones dependientes del Estado, Provincias y Municipios. Cuando los conciertos se efectúen con instituciones públicas o privadas será necesario un informe favorable de 'Obra Sindical del Diciocho de Julio'</p> <p>El servicio médico será organizado por el Instituto Nacional de Previsión, según un plan de instalaciones y desenvolvimiento, y sujeto a normas generales de funcionamiento elaboradas por una Comisión presidida por el Subsecretario de Trabajo, con participación de la Dirección General de Sanidad, la Delegación Nacional de Sindicatos FET y JONS y el Instituto Nacional de Previsión.</p> <p>El seguro podrá utilizar, mediante conciertos de la 'Obra Sindical del 18 de Julio', la colaboración de determinadas cajas de empresas, mutualidades e igualatorios médicos.</p> <p>El Instituto Nacional de Previsión concertará con el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, para el servicio de todas las farmacias con una tarifa reducida. Si no se llegara al acuerdo en dos meses, el Instituto Nacional de Previsión establecerá farmacias propias, con una tarifa obligatoria para las localidades donde no las haya.</p>

La diferencia fundamental entre ambas normas estriba en la organización de los servicios médicos. La Ley de 1942 establecía que la prestación de los servicios médicos se debía realizar a través de la 'Obra Sindical del 18 de Julio', excepto cuando se efectuara por instituciones dependientes del Estado, provincia y municipio, concertadas con el Instituto Nacional de Previsión; también se podría realizar la prestación médica por instituciones públicas o privadas, a partir de un concierto con el Instituto, con informe favorable de la 'Obra Sindical del 18 de Julio', y, por último, el seguro podía utilizar, mediante conciertos establecidos por la 'Obra Sindical del 18 de Julio', la colaboración de determinadas cajas de empresas, mutualidades e igualatorios médicos. El proyecto de la República preveía contar con la colaboración gratuita de la sanidad pública y con la prestación de los servicios médicos de mutualidades y cajas de empresas que cumplieran unos requisitos establecidos; la República convertía a estas entidades mutualistas en entidades aseguradoras, en concepto de cajas primarias, sometidas al control del Instituto Nacional de Previsión, sin embargo, la Ley de 1942 solo reconocía al Instituto Nacional de previsión como entidad aseguradora.

En el modelo desarrollado por el Franquismo, era la 'Obra Sindical del 18 de Julio', adscrita al partido único del Régimen, la que controlaba la mayor parte de la prestación de los servicios médicos, y la aceptación o no de las cajas y mutualidades, pues sólo en los casos en que se realizaba la prestación por la sanidad pública, no mediaba la Obra Sindical. También hay que tener en cuenta que la sanidad pública debía suscribir el correspondiente convenio con el Instituto Nacional de Previsión para prestar servicios médicos al seguro, como el Instituto estaba dirigido por Falange, se puede decir que todos los servicios médicos del seguro de enfermedad estaban controlados por el partido único, lo que dará lugar a su influencia absoluta en toda la organización.





## CAPÍTULO 3

### **La Ley del seguro obligatorio de enfermedad aprobada por el Gobierno de Francisco Franco en 1942: los responsables técnicos y políticos de su implantación**

#### **3.1. La nueva configuración de la Administración pública: de la Comisión Nacional de Previsión Social al Ministerio de Organización y Acción Sindical**

Tras la crisis del Gobierno republicano, en mayo de 1937, el Presidente de la República, Manuel Azaña, nombró a Juan Negrín<sup>355</sup> Presidente del Gobierno; el avance de las tropas franquistas provocó una nueva remodelación del Gobierno en abril de 1938, Negrín acumuló el cargo de Ministro de la Defensa Nacional, antes denominado 'de la Guerra'. El 1 de mayo de ese año 1938 se redactó un programa político para intentar una negociación con las fuerzas franquistas y consensuar una democracia; este programa, conocido como 'los trece puntos de Negrín', no dio los frutos esperados, pues el apoyo internacional al ejército republicano se había debilitado.

Durante la guerra civil las Cortes Republicanas se reunieron en diferentes ciudades, dependiendo de los avatares bélicos; primero en Valencia (diciembre de 1936; febrero y octubre de 1937), las siguientes reuniones se desarrollaron en la provincia de Barcelona (en febrero de 1938 en Montserrat, en septiembre de 1938 en San Cugat del Vallés y en octubre de 1938 en Sabadell), y las últimas Cortes de la República que se reunieron en suelo español tuvieron lugar en Figueras (Girona), el 1 de febrero de 1939.

---

<sup>355</sup> Juan Negrín López (1892-1956), político polémico, fue un brillante médico, formado en diversas universidades europeas, culto y políglota. Ingresó en el Partido Socialista en 1929, de mano de Indalecio Prieto, durante la dictadura de Primo de Rivera; posteriormente, en la República fue diputado por Las Palmas. En principio, profesó un socialismo moderado y defendía la educación laica como forma de progreso para España. Fue Ministro de Hacienda en el primer Gobierno de Francisco Largo Caballero, durante el cuál se aprobó el Decreto que permitió el traslado de parte del oro del Banco de España a Moscú. Tras la crisis de Gobierno de 1937 fue nombrado Presidente, sin embargo, no pudo -o no supo- controlar a comunistas y anarquistas, quienes, durante su Gobierno, produjeron numerosos desmanes. Los historiadores coinciden en que, en todos los aspectos, su Gobierno fue un fracaso. Las biografías sobre este político se han multiplicado en los últimos años; entre otras, cf. Santiago ALVAREZ. *Negrín, personalidad histórica: biografía*. Madrid: Ediciones de la Torre, 1994, 2 vols.; Josep Lluís BARONA VILAR. *Achúcarro, Marañón, Negrín. Medicina y compromisos. Entre la experimentación y la política*. Madrid: Nivola, 2001; Gabriel JACKSON, Víctor ALBA. *Juan Negrín: cara y cruz*. Barcelona: Ediciones B, 2004. Francisco MARTÍNEZ NAVARRO, Sergio MILLARES CANTERO. *Juan Negrín López*. Las Palmas de Gran Canaria: Gobierno de Canarias / Agencia Canaria de Investigación, Innovación y Sociedad de la Información, 2007; Gabriel JACKSON. *Juan Negrín médico, socialista y jefe del Gobierno de la II República*. Barcelona: Crítica, 2008.

Bajo la supervisión de las tropas franquistas se creó, en Burgos, el 24 de julio de 1936, la Junta de Defensa Nacional que, en septiembre de ese mismo año, nombró a Francisco Franco Jefe del Gobierno y Generalísimo de las fuerzas sublevadas. Entre las medidas legislativas adoptadas por la Junta de Defensa Nacional, se dictó el Decreto de 19 de septiembre de 1936 (*BOE*, 22-IX-1936), en él se confirmaban las Leyes de seguros sociales y se establecían los medios para su ejecución.

La estructura inicial del Estado franquista se organizó según lo dispuesto en la Ley de 1 de octubre de 1936 (*BOE*, 2-X-1936), mediante la cual se establecían los órganos principales de la Administración Central; entre ellos, se designó una Junta Técnica, con siete comisiones. Entre estas comisiones se encontraba la Comisión de Trabajo, a la que competía lo relacionado con las bases vigentes y laudos de trabajo y el estudio de nuevas orientaciones que tendieran al bienestar obrero y la colaboración de éste con los demás elementos de la producción. Dependiente de esta Comisión de Trabajo, y como órgano representativo de la previsión, se nombró a la Comisión Nacional de Previsión Social, designando como presidente a Luis Jordana de Pozas.

Francisco Franco asumió todos los poderes del Estado en virtud del Decreto de la Junta de Defensa Nacional de 29 de septiembre de 1936 (*BOE*, 30-IX-1936) y, mediante el denominado 'Decreto de Unificación' (*BOE*, 20-IV-1937), organizó una única formación política legal del 'Movimiento Nacional', Falange Española Tradicionalista y de las Juntas de Ofensiva Nacional-Sindicalista (FET y de las JONS), que unía los núcleos falangistas y tradicionalistas (carlistas), cuyos estatutos se aprobaron por Decreto de 4 de agosto de 1937 (*BOE*, 7-VIII-1937).

Con fecha de 30 de enero de 1938 (*BOE*, 31-I-1938), el Gobierno franquista hace pública una nueva organización de la Administración Central y cesa en sus funciones la Junta Técnica del Estado con sus Comisiones. La nueva estructura quedaría formada por once departamentos ministeriales. Al Ministerio del Interior, denominado en 1939 de Gobernación, se le asignaban, entre otras, las competencias de sanidad y beneficencia y, al Ministerio de Organización y Acción Sindical, las de previsión social. Por la importancia del sector agrícola para la regulación de los seguros sociales, conviene también citar las competencias del Ministerio de Agricultura que, entre otras, asumía la «Reforma económica y social de la tierra». Este objetivo coincidía con el punto 17 del programa elaborado por Falange Española de las JONS en octubre de 1934, en el que se establecía: «hay que elevar a todo trance el nivel de vida del campo, vivero permanente

de España. Para ello adquirimos el compromiso de llevar a cabo sin contemplaciones la reforma económica y la reforma social de la agricultura»<sup>356</sup>.

Este primer Gobierno franquista estuvo integrado tanto por militares como por civiles, falangistas, tradicionalistas y monárquicos fieles al nuevo régimen; entre sus miembros cabe destacar a los generales Francisco Gómez-Jordana<sup>357</sup>, Vicepresidente del Gobierno y Ministro de Asuntos Exteriores; Severiano Martínez Anido<sup>358</sup>, Ministro de Orden Público y Fidel Dávila Arrondo<sup>359</sup>, Ministro de la Defensa Nacional; al ingeniero naval Juan Antonio Suances<sup>360</sup>, Ministro de Industria y Comercio; al abogado -y cuñado

<sup>356</sup> Programa elaborado por Ramiro Ledesma y José Antonio Primo de Rivera, después del primer Congreso Nacional de Falange, celebrado durante los días 4 a 7 de octubre de 1934. Los 27 puntos programáticos de la Falange Española están recogidos de Fernando DÍAZ-PLAJA. *La guerra de España en sus documentos*. Barcelona: Plaza & Janés, 1969 (cf. págs. 238-243).

<sup>357</sup> Francisco Gómez-Jordana Sousa (1876-1944), hijo del teniente-general Francisco Gómez-Jordana, participó en la guerra de Cuba y en las campañas de Marruecos. Formó parte del Directorio Militar de Primo de Rivera. En 1928 fue nombrado Alto Comisario Español en Marruecos, cargo que desempeñó hasta la proclamación de la II República, momento en que dimitió, haciendo honor a su condición de monárquico. Aunque no se unió activamente al golpe militar que provocó la guerra civil, durante el periodo franquista ocupó la presidencia de la Junta Técnica del Estado y del Alto Tribunal de Justicia Militar (cf. Javier TUSELL. "Un giro fundamental en la política española durante la segunda guerra mundial: la llegada de Jordana al Ministerio de Asuntos Exteriores". En: José Luis García Delgado (ed.). *El primer franquismo. España durante la segunda guerra mundial [V Coloquio sobre Historia Contemporánea de España]*: 281-294. Madrid: Siglo XXI, 1989; Javier TUSELL. "La Etapa Jordana". *Espacio, tiempo y forma. Serie V, Historia contemporánea*, 2: 169-190. Madrid, 1989.

<sup>358</sup> Severiano Martínez Anido (1878-1962), militar, Ministro de la Gobernación en la Dictadura de Primo de Rivera, intervino en las campañas de Filipinas y Marruecos; en 1919 fue designado Gobernador Militar de Barcelona, puesto que ocupó hasta 1922 y desde el que dirigió la represión contra las organizaciones obreras; muy criticado por su dureza, mostró siempre un gran apoyo a los sindicatos católicos libres. Tras la proclamación de la II República se exilió en Francia y, al estallar la guerra civil, regresó a España actuando a favor de las tropas franquistas, fue nombrado presidente del Patronato Nacional Antituberculoso. Falleció antes de concluir el primer año de su nombramiento como Ministro de Orden Público, pasando esta cartera a integrarse en el Ministerio de la Gobernación (cf. Manuel RUBIO CABEZAS. *Diccionario básico de la guerra civil española*: 315-316. Barcelona: Plaza y Janés, 1996).

<sup>359</sup> Fidel Dávila Arrondo (1878-1962), militar, participó en la sublevación del ejército contra la II República que originó la guerra civil española. Como oficial de infantería luchó en Cuba durante la guerra hispano-norteamericana de 1898, por sus actuaciones fue condecorado con la Cruz del Mérito Militar. En 1929 alcanzó el grado de general de brigada. Tras las reformas militares llevadas a cabo por el Presidente de la República, Manuel Azaña, solicitó permiso para integrarse en la reserva instalándose en Burgos, donde participó activamente en la conspiración militar para derrocar al Gobierno del Frente Popular. Dávila fue miembro de la Junta de Defensa Nacional y presidente de la Junta Técnica del Estado. Tras la muerte del general Mola en accidente aéreo, tomaría el mando del Ejército del Norte, con el que lograría dominar los territorios de Vizcaya, Santander y Asturias, lo que supondría la desaparición del 'frente norte' republicano. Aun cuando algunas consideraciones pueden ser discutidas, son de utilidad los datos biográficos recopilados por Valentín DÁVILA JALÓN. *Una vida al servicio de España: General don Fidel Dávila Arrondo, 1878-1962*. Madrid: [Valentín Dávila Jalón], 1978.

<sup>360</sup> Juan Antonio Suances (1891-1977), ingeniero naval, militar y político español, de ideología conservadora. A los doce años ingresó en la Escuela Naval de El Ferrol, formó parte de su promoción Nicolás Franco Bahamonde, hermano de Francisco Franco. En 1921 fue nombrado Teniente Coronel de ingenieros. La guerra civil le sorprende en Madrid, tras huir de la zona republicana, entra en la zona sublevada por Irún y ofrece sus servicios a las tropas franquistas. En 1941 es nombrado director del Instituto Nacional de Industria, permaneció en este cargo hasta 1961; en 1945 fue nombrado Ministro de Industria, cargo que conservará hasta la remodelación gubernamental de 1951 (cf. Alfonso BALLESTERO. *Juan Antonio Suances 1891-1977. La política industrial de la postguerra*. León: LID Editorial, 1993).

de Francisco Franco-, Ramón Serrano Súñer, Ministro de Interior y Secretario del Consejo de Ministros; al notario y falangista Raimundo Fernández Cuesta<sup>361</sup>, Ministro de Agricultura; y al escritor y político monárquico Pedro Sainz Rodríguez<sup>362</sup>, nombrado Ministro de Educación Nacional. Al frente del Ministerio de Organización y Acción Sindical se nombró al ingeniero de caminos Pedro González-Bueno Bocos<sup>363</sup>, que estuvo afiliado al Bloque Nacional dirigido por Calvo Sotelo, pero dimitió al año y medio de su nombramiento.

Por Decreto de 9 de agosto de 1939 (BOE, 11-VIII-1939) Franco nombró como Ministro de Agricultura al ingeniero Joaquín Benjumea y Burín, conde de Benjumea, de talante conservador, quien, por Decreto del mismo día (BOE, 11-VIII-1939), quedó «encargado interinamente del Ministerio de Trabajo» hasta su cese, en ambos cargos, producido mediante Decretos de 19 de mayo de 1941 (BOE, 20-V-1941) al ser nombrado Ministro de Hacienda. Se incluía así, de nuevo, en la estructura del Gobierno, un Ministro de Trabajo. A Joaquín Benjumea le sustituyó, al frente del Ministerio de Trabajo, José Antonio Girón de Velasco, nombrado mediante Decreto de 19 de mayo de 1941 (BOE, 20-V-1941).

<sup>361</sup> Raimundo Fernández Cuesta y Merelo (1897-1992), ocupó el cargo de secretario general de Falange Española. En 1936 fue detenido, en Madrid, por orden de las autoridades republicanas; tras ser canjeado pasó a la zona franquista, después de permanecer dieciocho meses en prisión. Desempeñó diversos cargos en la Administración franquista: embajador en Brasil (1940-1942) e Italia (1942-1945) y, desde 1945, presidente del Consejo de Estado y Ministro de Justicia hasta 1951, año en que fue nombrado, de nuevo, Secretario General del Movimiento, puesto en el que permaneció hasta 1956. Dejó impresas unas memorias autobiográficas: Raimundo FERNÁNDEZ CUESTA. *Testimonio, recuerdos y reflexiones*. Madrid: Dyrsa, 1985.

<sup>362</sup> Pedro Sainz Rodríguez (1897-1986), escritor, filólogo, bibliógrafo y editor, consejero político de Juan de Borbón y uno de los artífices del golpe de estado contra la II República, donde actuó como enlace con el general José Sanjurjo; promocionó el nombramiento de Juan Carlos I como sucesor de Francisco Franco. Catedrático de Lengua y Literatura española de la Universidad de Oviedo, donde trabó amistad con el general Francisco Franco; también era amigo personal del conde de Romanones. A los veintidós años ganó la Cátedra de Bibliología de la Universidad de Madrid; fue bibliotecario del Ateneo de Madrid. Electo como diputado monárquico en las Cortes Constituyentes de 1931, y como diputado por Acción Española en las de 1933. Hombre de profundas convicciones monárquicas, comprendió pronto que la segunda restauración no estaba cerca en la mente del fundador del 'Nuevo Estado'; partió al exilio y, desde Portugal, trabajó para el retorno de la monarquía en la persona de Juan de Borbón. (Cf. Julio ESCRIBANO HERNÁNDEZ. *Pedro Sainz Rodríguez, de la Monarquía a la República*. Madrid: Fundación Universitaria Española, 1998; Julio ESCRIBANO HERNÁNDEZ. *Historia viva de las cartas de Pedro Sainz Rodríguez, 1897-1986. El Ministro de Franco que quiso restaurar a Don Juan*. Madrid: La Esfera de los Libros, 2011).

<sup>363</sup> Pedro González-Bueno Bocos (1896-1985), obtuvo, en 1919, el título de Ingeniero de Caminos, comenzó su vida profesional en el sector eléctrico. Afiliado, en 1935, al Bloque Nacional que dirigía José Calvo Sotelo, se sumó al golpe militar el 18 de julio de 1936 y se puso a las órdenes del general Mola en Pamplona. En enero de 1938 fue nombrado Ministro de Acción y Organización Sindical, dimitió año y medio después, pasando a ocupar un puesto como miembro del Consejo Nacional y Procurador en Cortes. Ejerció, además, el cargo de vocal del Consejo de Estado durante nueve años. Promovió la Ley de electrificación de los ferrocarriles y sentó las bases del Instituto Nacional de la Vivienda. Reintegrado a su actividad profesional fundó *Citroën Hispania*, *Tetracero* y otras empresas relacionadas con el desarrollo de la industria nacional. Dejó impresas unas memorias, impresas de manera póstuma: PEDRO GONZÁLEZ-BUENO BOCOS. *En una España cambiante. Vivencias y recuerdos de un ministro de Franco*. Barcelona: Àltera, 2006.

Como hemos expuesto en el capítulo 2, el Gobierno franquista intentó retomar la tramitación del proyecto de unificación de seguros sociales de 1936, elaborado por el Gobierno de la II República; mediante una Orden del Ministerio de Trabajo, firmada por Joaquín Benjumea y Burín el 9 de septiembre de 1939<sup>364</sup>, se encargó al Instituto Nacional de Previsión que, en el plazo de tres meses, formulase las propuestas técnicas correspondientes para la reforma del seguro de maternidad y la implantación del de orfandad, y que redactara una propuesta de unificación de los seguros y su coordinación con el régimen de subsidios familiares.

El Instituto Nacional de Previsión redactó un documento de bases para la preparación de un proyecto de Ley sobre seguros sociales unificados, remitido al Ministerio de Trabajo el 3 de diciembre de 1939<sup>365</sup>, pero la propuesta no prosperó. Durante este periodo estaba al frente de la Subsecretaría del Ministerio de Trabajo el falangista Manuel Valdés Larrañaga<sup>366</sup>, que tenía amplios poderes por delegación del Ministro<sup>367</sup>. La Dirección General de Previsión, dirigida por Fernando Camacho Baños, dependía directamente del Ministro de Trabajo y entre sus funciones se encontraban todos los asuntos relacionados con los seguros sociales, incluso la preparación de nuevos seguros:

«Artículo sexto. A la Dirección General de Previsión afecta todo cuanto se relacionan con el estudio, creación, desenvolvimiento y vigilancia de los seguros sociales (...) estando compuesta de los siguientes servicios: a) Seguros Sociales, que cuidará de la conservación y mejoramiento de los existentes y de la preparación de los Seguros Sociales nuevos, tendiéndose a la implantación de un seguro Total»<sup>368</sup>.

Año y medio después, llegó al Ministerio de Trabajo José Antonio Girón de Velasco, aunque Joaquín Benjumea y Burín seguía formando parte del Gobierno al frente del Ministerio de Hacienda, Manuel Valdés Larrañaga fue cesado en su cargo por José

<sup>364</sup> «Bases para la preparación de un proyecto de Ley sobre los seguros sociales unificados y coordinados» (Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA): 23/1976. C-4/23-B3-C3, leg. 49.1. "Ley del Seguro de Enfermedad. Comisión para redactar el Anteproyecto de Ley. Comentarios a la Ley del S.E. [Seguro de Enfermedad]").

<sup>365</sup> «Bases para la preparación de un proyecto de Ley sobre los seguros sociales unificados y coordinados» (Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA): 23/1976. C-4/23-B3-C3, leg. 49.1. "Ley del Seguro de Enfermedad. Comisión para redactar el Anteproyecto de Ley. Comentarios a la Ley del S.E. [Seguro de Enfermedad]").

<sup>366</sup> Nombrado por Decreto de 23 de septiembre de 1939 (BOE, 8-X-1939) y cesado por José Antonio Girón de Velasco, mediante Decreto de 13 de septiembre de 1941 (BOE, 21-IX-1939).

<sup>367</sup> Orden Ministerial de delegación de competencias de 25 de agosto de 1939 (BOE, 27-VIII-1939)

<sup>368</sup> Decreto de 18 de agosto de 1939 (BOE, 16-IX-1939).

Antonio Girón, nombrando en su lugar a Esteban Pérez González; también cesó Fernando Camacho Baños, que pasó al Ministerio de Hacienda, como Subsecretario, junto a Joaquín Benjumea. Estos cambios en la dirección del Ministerio de Trabajo coincidieron con la paralización del proyecto de unificación de seguros, que incluía el seguro de enfermedad. Por lo que, como se verá mas adelante, el proyecto de Ley del seguro de enfermedad se elaboró de forma específica, fuera de un proyecto de unificación de seguros, por el equipo de José Antonio Girón.

### 3.2. La reorganización del Instituto Nacional de Previsión

En plena guerra civil, el 9 de marzo de 1938, el Gobierno del general Franco aprobó, mediante Decreto, el Fuero del Trabajo, inspirado en la 'Carta de Trabajo' italiana, que, una vez acabada la guerra, alcanzó el rango de Ley fundamental del nuevo Régimen. En sus Declaraciones III y X se encargaba a la nueva Administración la implantación del subsidio familiar y el incremento de los seguros sociales, que tendrían como fin amparar al trabajador en una situación de infortunio; el literal era el siguiente:

«III. 2- Se establecerá el Subsidio familiar por medio de organismos adecuados (...)

X. 1- La Previsión proporcionará al trabajador la seguridad de su amparo en el infortunio.

2- Se incrementarán los Seguros sociales de vejez, invalidez, maternidad, accidentes del trabajo, enfermedades profesionales, tuberculosis y paro forzoso, tendiéndose a la implantación de un Seguro total. De modo primordial se atenderá a dotar a los trabajadores ancianos de un retiro suficiente»<sup>369</sup>.

Derivado de la nueva organización administrativa, también se reestructura el Instituto Nacional de Previsión, con ese fin se publica el Decreto de 15 de junio de 1938 (BOE, 24-VI-1938), que le atribuye la condición de órgano del 'Movimiento Nacional' para realizar los seguros sociales, en su artículo primero se establecían las competencias del Instituto; entre otras, se le encargaba el desarrollo de la Declaración X del Fuero del Trabajo:

«Al Instituto Nacional de Previsión (...), además de las atribuciones que las leyes vigentes le confieren, le corresponderá la labor de preparar (...) el desarrollo de la Declaración X del 'Fuero del Trabajo'»<sup>370</sup>.

---

<sup>369</sup> Fuero del Trabajo (BOE, 10-III-1938).

<sup>370</sup> Artículo 1º del Decreto de 15 de junio de 1938 (BOE, 24-VI-1938).

Además, en su artículo segundo se detalla la estructura del nuevo Consejo del Instituto y se disuelve el anterior Consejo del Patronato; el literal es el siguiente:

«Queda disuelto el actual Consejo del Patronato del INP y se sustituye por el Consejo del INP, que será integrado por el Presidente, el Director y los vocales siguientes designados por el Ministro de Organización y Acción Sindical»<sup>371</sup>.

En la exposición de motivos de ese Decreto se indica que, con la nueva reorganización, además de reducir el número de Consejos, Comisiones y Consejeros, se pretende poner al Instituto «bajo la tutela de los que más abiertamente sienten la finalidad del seguro y el espíritu del Movimiento». Así, en cumplimiento de dicho artículo segundo, el Ministro de Organización y Acción Sindical, Pedro González-Bueno Bocos, mediante diversas órdenes fechadas el 12 de agosto de 1938 (*BOE*, 18-VIII-1938), realizó los nombramientos para configurar el nuevo Consejo.

El cargo de director recayó en un técnico 'histórico' relacionado con el Instituto, Inocencio Jiménez Vicente, catedrático de Universidad, penalista y experto en seguros sociales; su relación con el 'espíritu del Movimiento' provenía de su anterior activismo para la defensa de los postulados del catolicismo social<sup>372</sup>, también había ocupado un puesto en la Asamblea Nacional Consultiva, creada por el general Primo de Rivera y, además de ponente en varios proyectos de Ley, en 1917 había tomado parte activa en la Conferencia de Seguros Sociales, celebrada en Madrid; sus inicios en el Instituto Nacional de Previsión se produjeron de la mano de José Maluquer, también vinculado al catolicismo social, como vicepresidente regional y, en 1931, a la muerte de José Maluquer, como Consejero-Delegado, hasta su forzada dimisión en 1936; el cardenal Isidro Gomá le nombró presidente de la Junta Nacional Técnica de Acción Católica, cargo que no llegó a ejercer por enfermedad. En la España 'nacional' formó parte de la Comisión encargada de redactar el proyecto de Ley de reforma universitaria y volvió a ser nombrado miembro de la Comisión de Codificación; adscrito, como tesorero, al patronato de la Fundación Marvá,

---

<sup>371</sup> Artículo 2º del Decreto de 15 de junio de 1938 (*BOE*, 24-VI-1938).

<sup>372</sup> Inocencio Jiménez Vicente (Zaragoza, 1876 – Madrid, 1941), Catedrático de Derecho Penal, se formó en países europeos (España, Francia, Bélgica, Inglaterra, Suiza e Italia). Fue miembro del Instituto Internacional de Sociología. Fundador y escritor habitual de la revista *La Paz Social*, órgano colaborador de *La acción social católica*, fuertemente vinculado a las directrices de León XIII. *La Paz Social* se ocupó también de difundir los fines del Instituto Nacional de Previsión. [INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN]. *Homenaje a la memoria de D. Inocencio Jiménez*. Madrid: Publicaciones del I.N.P., 1943; Joaquín MATEO BLANCO. "Inocencio Jiménez y la acción cooperativa católica". *Cuadernos de Aragón*, 12/13: 129-143. Zaragoza, 1980.



del que también formaba parte, como vocal, Luis Jordana de Pozas<sup>373</sup>, con quien le unía una verdadera amistad, asumía entonces el cargo de presidente de este patronato Felipe Clemente de Diego, destacado primorriverista y también presidente del Tribunal Supremo.

Como Subdirector del Instituto fue nombrado Luis Jordana de Pozas, figura muy relevante en la implantación del seguro de enfermedad.

Y, como vocales, del nuevo Instituto Nacional de Previsión fueron nombrados: Camilo Menéndez Tolosa, comandante de Infantería; Carlos José González Bueno, Abogado del Estado, nombrado a propuesta del Ministerio de Hacienda; Primitivo de la Quintana López, licenciado en Medicina, en representación de la medicina social, nombrado a propuesta del Ministerio del Interior; Jesús Rivero Meneses, industrial, nombrado a propuesta de Falange; Manuel Tena Ibarra e Isaac Galcerán Valdés, licenciados en Derecho, nombrados a propuesta de la Comisión Nacional de Previsión Social, como expertos en materia de seguros sociales; José María Zumalacarregui Prat, catedrático y Francisco Greño Pozurama, abogado, ambos elegidos entre los directores de las cajas colaboradoras y, por último, seis vocales elegidos entre los diversos factores de la producción, a propuesta de la Organización Sindical: Miguel Quijano de la Colina, abogado e industrial; Rufino García M. Quirós, del comercio; Rafael Cavestany Anoluaga, ingeniero agrónomo; Enrique Ocharán Posadas, licenciado en Medicina, por las profesiones liberales; Sérvulo Matín Rodríguez, mecánico linotipista y Vicente Madera Peña, minero.

---

<sup>373</sup> [EDITORIAL. INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN]. "Instituto Nacional de Previsión. Actividad del Instituto. Acuerdos del Consejo en relación con el fallecimiento del Director". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 1(5): 11-12. Madrid, 1941 (cf. pág. 11).

El Jefe del Servicio Nacional de Previsión Social, Severino Aznar Embid<sup>374</sup>, militante de Falange y procurador en Cortes, mas tarde, desde 1942, designado por la Delegación Nacional de Sindicatos, continuó su función pocos meses más hasta su cese, que se produjo mediante Decreto de 1 de diciembre de 1938 (BOE, 8-XII-1938). También mediante Decreto de ese mismo día (BOE, 8-XII-1938), se nombró a su sucesor, el Abogado del Estado, Pablo Martínez Almeida. El Jefe del Servicio Nacional de Previsión Social, a su vez ejercía el cargo de presidente del Consejo y de la Comisión Permanente del Instituto Nacional de Previsión.

Varios de los principales miembros del Instituto tenían un origen ideológico común, así lo señalan José Andrés Gallego y Antón M. Pazos:

«En 1918 algunos individuos ligados al catolicismo social (al frente, el grupo de Zaragoza, con el sociólogo Severino Aznar y el catedrático de derecho penal Inocencio Jiménez) constituyeron el Grupo de la Democracia Cristiana, que irrumpió en la vida pública nacional al año siguiente con el respaldo del arzobispo de Toledo, Cardenal Guisasola. La orientación de su programa aún era eminentemente económica, apenas política: se trataba de estudiar la realidad social española y proponer lo que hiciera falta»<sup>375</sup>.

En este grupo de Democracia Cristiana también participó Luis Jordana de Pozas, que mas tarde intentaría ser fundador del frustrado Partido Social Popular en Valencia.

<sup>374</sup> «Un paladín tradicionalista, el Sr. Aznar (D. Severino), ha sido principal apóstol de la reforma social en España. En el Manifiesto-Programa de Meredán se insertó la Encíclica *Rerum Novarum*, de Leon XIII, como programa político-social del carlismo, en 1909. Don Jaime escribía a Aznar que las cuestiones sociales son las capitales de nuestro tiempo, y que en el elemento corporativo veía un elemento de reconstrucción futura; y notad por último, ya que no puedo extenderme más sobre esto, que las mismas doctrinas que enseñan los discursos de José Antonio acerca del liberalismo económico, como hijo del liberalismo político, acerca del socialismo y comunismo, del capitalismo agotador de la sagrada propiedad individual, familiar y sindical, acerca de la urgente, inaplazable reforma económico-social, las encontraréis en los tomos XXIV y XXV de las Obras de Mella. (...) y clama Leon XIII contra la encendida y enconada lucha de clases, y exhorta al rico a considerar la dignidad humana del pobre (...) y si proclama que el derecho de la propiedad es sagrado, porque es de naturaleza y no puede abolirse, enseña que al Estado toca atemperarlo y ajustarlo al bien común, y exhorta a que se ajuste, mejorando la suerte de los menesterosos, elevando su nivel de vida al grado propio de la humana dignidad, y prevé, si no se cumple ese deber, días aciagos para la civilización. Todos esos conceptos se repiten y amplían, y esas téticas previsiones se recargan de más negra tinta en la Encíclica de Pío XI *Quadragesimo Anno*» ([Leopoldo EJO GARAY]. "Las Encíclicas y la doctrina social de la Falange. Conferencia del Excmo. Sr. Obispo de Madrid-Alcalá en el Frente de Juventudes". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 1(11): 16-27. Madrid, 1941; cf. pags. 19-20).

El 16 de diciembre de 1941, Severino Aznar pronunció un discurso, en la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas, con motivo de los aniversarios L y X de las Encíclicas *Rerum Novarum* y *Quadragesimo Anno*: «... su influencia mas profunda hay que buscarla en la infiltración silenciosa de sus ideas en las conciencias (...) se fue introduciendo en los programas de los partidos políticos viejos: En el conservador, en el de Maura, en el de la Dictadura de Primo de Rivera, en el de la CEDA, y en el del Partido Social Popular, programa social este último que era el del Grupo de la Democracia Cristiana. Pero quizás las dos Encíclicas no hayan dejado más claras huellas en un programa político que en los '26 Puntos de la Falange', en el 'Fuero del Trabajo' y en los discursos de José Antonio y de Franco» ([Severiano AZNAR]. "Precedentes y repercusiones de las Encíclicas en España. *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 1(12): 16-23. Madrid, 1941).

<sup>375</sup> José Andrés GALLEGO y Antón M. PAZOS. *La Iglesia en la España Contemporánea (1800-1936)*. Madrid: Encuentra, 1999 (cf. pág. 244).

La reorganización del Instituto Nacional de Previsión se completó mediante la publicación de la Ley de 1 de septiembre de 1939 (*BOE*, 9-IX-1939) que refundió en el Instituto todas las cajas regionales que existían, sustituyendo las cajas colaboradoras por delegaciones del Instituto.

El 27 de abril de 1941 fallece Inocencio Jiménez, es sustituido en la presidencia del Instituto Nacional de Previsión por Fernando Camacho Baños<sup>376</sup>, que fue cesado por José Antonio Girón de Velasco un mes después de su nombramiento; mediante el Decreto de 28 de mayo de 1941 (*BOE*, 8-VI-1941) nombró a Francisco Greño Pozurama; este nombramiento formaba parte de la nueva reestructuración que efectuaría el Ministro en el Instituto.

Ramón Serrano Suñer cesó como Ministro de Gobernación por Decreto de 18 de octubre de 1940 (*BOE*, 19-X-1940), pasando a ocupar la cartera de Asuntos Exteriores; le sustituyó al frente de la cartera de Gobernación el coronel Valentín Galarza Morante, poco afín a la ideología de Falange, por ello, según indica Edouard de Blaye, los camisas azules se resistieron a perder parte de su influencia en el Gobierno:

«Comme prévu, sa nomination a provoqué un vif ressentiment parmi les ‘camisas azules’»<sup>377</sup>.

Por lo tanto, en 1941, las competencias de seguros sociales dependían de un falangista, José Antonio Girón de Velasco, mientras que las de Sanidad Nacional y Beneficencia quedaron fuera del círculo de Falange, pues, además de Valentín Galarza Morante como Ministro de la Gobernación, al frente de la Dirección General de Sanidad estaba José Alberto Palanca Martínez-Fortún, exdiputado de la CEDA en las Cortes de la República.

El Ministro Girón de Velasco, al frente de la cartera de Trabajo desde la primavera de 1941, nombrado por Decreto de 19 de mayo de 1941 (*BOE*, 20-V-1941), propuso a los pocos días de ocupar el Ministerio una profunda modificación de la estructura del Instituto Nacional de Previsión, mediante Decreto de 31 de mayo de 1941 (*BOE*, 8-VI-1941). El Consejo seguiría presidido por el Director general de Previsión, pero un Comisario sustituiría al entonces Director, al que se unían catorce vocales que, mayoritariamente, estaban relacionados con Falange.

<sup>376</sup> Por Decreto de 28 de mayo de 1941 (*BOE*, 8-VI-1941) Fernando Camacho Baños cesó en el cargo de Director general de Previsión y, por lo tanto, en el de presidente del Consejo del Instituto Nacional de Previsión.

<sup>377</sup> Edouard de BLAYE. *Franco ou la monarchie sans roi*. París: Ed. Stock. 1974 (cf. pág. 152).

La nueva estructura del Instituto Nacional de Previsión estaba bajo la dirección intelectual de José Antonio Girón de Velasco y compuesta por cinco vocales de su libre designación: Mercedes Sanz Bachiller, Pablo Martínez Almeida, Camilo Menéndez y Tolosa, Sebastián Criado del Rey y Carlos Ruiz García; un vocal a propuesta del Ministerio de la Gobernación: Primitivo de la Quintana; seis vocales a propuesta de la Delegación Nacional de Sindicatos, elegidos entre los diversos factores de la producción: Germán Álvarez Sotomayor, Carlos Romero de Lecea, Antonio Rodríguez Gimeno, José Luis Palao Martialay, Alfonso de la Fuente Chaos y Rodrigo Uría González; un vocal a propuesta de la Secretaría General de FET y de las JONS: Agustín Aznar Gerner; y un vocal a propuesta del Ministerio de Hacienda, Carlos José González Bueno.

En este mismo Decreto de reorganización del Instituto Nacional de Previsión, al Director general de Previsión se le asignaba la orientación y la alta inspección de las funciones y servicios encomendados al Instituto, mientras que las funciones, técnicas y administrativas, eran encargadas al Comisario y al Subcomisario, con categoría de Directores generales. Los nombramientos de estos tres cargos le competían al Ministro y, según se establecía en ese Decreto, deberían recaer en personas expertas en la doctrina y gestión de los seguros sociales que, además de garantizar la continuidad de la obra de previsión social, les «inspiren el espíritu del Movimiento». Desaparecía así, la facultad del Consejo del Instituto de presentar al mismo una terna para designar al Director; José Antonio Girón de Velasco nombró como Comisario a Luis Jordana de Pozas, que venía desempeñando el puesto de Subdirector del Instituto y, como Subcomisario, a Jesús Rivero Meneses que formaba parte, como vocal, del antiguo Consejo del Instituto de 1938<sup>378</sup>, y ahora era nombrado a propuesta de Falange.

En el II Consejo Sindical de Falange, celebrado el 2 de junio de 1941, en Madrid, presidido por Ramón Serrano Suñer y clausurado por Francisco Franco, el Secretario del Partido, José Luis Arrese, encargó a los delegados el estudio de la previsión social y, entre las contingencias a proteger, debería encontrarse la enfermedad:

---

<sup>378</sup> Ambos tomaron posesión el 27 de junio de 1941, a las seis de la tarde, en la sede del Instituto Nacional de Previsión, presidió el acto el propio ministro José Antonio Girón. A la entrada del Instituto formaba, en dos líneas, una agrupación de militantes de Falange, ex combatientes y ex cautivos con una guardia de honor junto a la lápida por los caídos del Instituto. Entre el discurso de Juan Antonio Girón se encuentra el siguiente literal: «No pueden anidar en este Organismo castas, tendencias o sectores influyentes. En él sólo puede existir el espíritu del Movimiento, que no reconoce otras normas que el bien de la comunidad española, bajo el mando de Franco, y el signo de nuestra Revolución» ([EDITORIAL. INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN]. "Instituto Nacional de Previsión. Actividad del Instituto. Constitución del nuevo Consejo y toma de posesión del Comisario y Subcomisario". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 1(6): 14-16. Madrid, 1941).

«Otra labor fundamental humana, que debéis estudiar –dijo, dirigiéndose a los Delegados–, es la de la Previsión social. Seguros, subsidios a todas las contingencias: al paro, a la vejez, a la enfermedad, a la maternidad, a la familia numerosa; y esta labor de Previsión social, tan justa, tan cristiana y tan sindical, debéis reivindicarla; hay que dar vitalidad social a la C.N.S, y hay que hacer ver al obrero y al campesino que no somos un molde en el que forzosamente le atornillamos, sino que somos la mano siempre abierta a la generosidad»<sup>379</sup>.

En ese II Consejo Sindical, Luis Jordana de Pozas pronunció una conferencia sobre «Finalidad y origen de los Seguros Sociales», en ella se centró en los trabajadores del campo y, entre las propuestas que defendió, incluyó la creación del seguro de enfermedad:

«En accidentes, se debería igualar a los trabajadores agrícolas con los que no lo son; en enfermedad, crear el Seguro; en maternidad, conseguir su aplicación efectiva al campo y ampliarlo a las mujeres de los asegurados; en la esfera infantil, revivir y generalizar la Mutualidades escolares; en vejez, alzar la suspensión en que hoy se encuentra en el campo (...) la obra de Previsión, realizada por instituciones creadas al efecto y organizadas en forma eficaz, no tiene sentido si no se concibe como una obra sindical. La organización puede y debe marcar el camino, señalar las necesidades, hacer que se cumpla lo mandado. Debe, en definitiva, ser el estimulante para que los órganos propios de los Seguros sociales no decaigan en su actividad»<sup>380</sup>.

Entre las conclusiones del Consejo Sindical, que leyó el Delegado Nacional, Gerardo Salvador Merino, referidas a la previsión social del trabajador del campo, tiene especial interés la conclusión tercera, que proponía el establecimiento del seguro de enfermedad; la conclusión quinta, que defendía la unificación de los seguros de los trabajadores de la agricultura, industria y el mar y, la sexta y última, que proponía a la organización sindical para la ejecución de las modificaciones planteadas en este II Consejo:

«Tercera. Establecimiento, previos los estudios oportunos, del Seguro contra el paro forzoso, enfermedad y muerte natural de los trabajadores agrícolas (...).

Quinta. Unificación absoluta en el régimen social de los Seguros y Subsidios a los trabajadores de la agricultura, la industria y el mar, como una etapa mas hacia el Seguro integral (...)

---

<sup>379</sup> [EDITORIAL. INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN]. "Sindicatos. II Consejo Sindical de Falange". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 1(6): 57-65. Madrid, 1941 (cf. pág. 58)

<sup>380</sup> [EDITORIAL. INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN]. "Sindicatos. II Consejo Sindical de Falange". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 1(6): 57-65. Madrid, 1941 (cf. pág. 62).

Sexta. Necesidad de utilizar la Organización sindical para la ejecución de las modificaciones que anteceden, tanto en el régimen de gestión directa como en lo que se refiere a su intervención y fiscalización»<sup>381</sup>.

Luis Jordana de Pozas había formado parte, en su juventud, del grupo Democracia Cristiana; en los años cuarenta participaba activamente en los Congresos Sindicales de Falange donde se le presentaba como 'camarada'; en un artículo publicado en 1941, el día simbólico del 18 de julio, defendía la unificación de los seguros sociales; conocía el proyecto de Ley de unificación de seguros, tramitado durante la República, en el que se contenía el seguro de enfermedad, pues había participado en su redacción, en concreto en la ponencia organizada por Francisco Largo Caballero, a partir de la Orden Ministerial de 10 de mayo de 1932 (*Gaceta de Madrid*, 10-V-1932); en la subponencia del seguro de enfermedad trabajó al lado de Severino Aznar Embid y del nuevo Director general de Sanidad, José Alberto Palanca Martínez-Fortún, entre otros. Ahora, defendiendo al 'Nuevo Régimen', debía repetir su tramitación:

«La unificación de los seguros sociales tiene entre nosotros toda una historia; pero es una historia triste, de generosos esfuerzos y densos trabajos, esterilizados por un ambiente político que sólo se purificó con ríos de sangre.

Aquellos esfuerzos y trabajos permitieron sin embargo, que se abreviaran los trámites para la obra unificadora.

Con arreglo a la orientación marcada en un anteproyecto que el Consejo del Instituto tiene elevado al Gobierno, se llevaría a cabo la unificación y complemento de los seguros sociales en dos ramas unificadas entre sí: la de invalidez, vejez y muerte, y la de enfermedad y maternidad»<sup>382</sup>.

La unificación propuesta consistía en que todos los trabajadores, con una única cuota, estarían protegidos de todos los riesgos, incluido el de enfermedad; además, la gestión de los seguros unificados se efectuaría por un ente gestor único. Pese a sus esfuerzos, esta unificación no se aprobó.

La organización sanitaria heredada del periodo anterior a la guerra civil se ve incapaz de atender el incremento de enfermos infecciosos que provocará un aumento de la mortalidad en la población, debido al desastre social producido por el enfrentamiento bélico. La enfermedad que mas bajas produce es la tuberculosis, o 'peste blanca'; por ello, las autoridades sanitarias se proponen desarrollar la estructura asistencial necesaria para atender a estos enfermos. Así, con la misión de coordinar los distintos recursos existentes

<sup>381</sup> [EDITORIAL. INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN]. "Sindicatos. II Consejo Sindical de Falange". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 1(6): 57-65. Madrid, 1941 (cf. pág. 64).

<sup>382</sup> LUIS JORDANA DE POZAS. "Información doctrinal. El principio de unidad y los seguros sociales". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 1(7/8): 1-15. Madrid, 1941 (cf. pág. 14).

destinados a dicha enfermedad, además de la inspección de los sanatorios y de la creación de nuevos preventorios y sanatorios, se crea el Patronato Nacional Antituberculoso, mediante el Decreto de 20 de diciembre de 1936 (BOE, 22-XII-1936) y se nombra como presidente a Severiano Martínez Anido quien, en el primer Gobierno franquista fue Ministro de la Gobernación.

En la postguerra, el presidente del Patronato Nacional Antituberculoso será el primer Director general de Sanidad, José Alberto Palanca Martínez-Fortún, que había sido diputado de la CEDA con el último Gobierno de la monarquía<sup>383</sup> y que había participado activamente en la elaboración del proyecto de Ley que contenía el seguro de enfermedad durante el período de la República; como Secretario General se nombra al médico Bartolomé Benítez Franco, afín a las consignas del Movimiento.

Ambos, José Alberto Palanca y Bartolomé Benítez, intensifican la campaña propagandística del Patronato Nacional Antituberculoso, conocedores del impacto positivo en la población de cualquier medida para contener la enfermedad; el siguiente párrafo, aparecido en las páginas de *La Vanguardia Española*, en mayo de 1939, es un buen ejemplo: destaca en él la falta de referencias a la labor del Gobierno de la República en este campo, sin embargo sí se menciona la labor inicial de Miguel Primo de Rivera:

«En prevención de posibles contingencias sanitarias se intensificará en toda la provincia de Barcelona la campaña antivariólica iniciada extendiéndola a toda la población tanto infantil como adulta. (...). La lucha contra la 'peste blanca': Se constituye el Comité Delegado Provincial del Patronato Nacional Antituberculoso (...) se propone trabajar intensamente para dar cima a la brillante obra que en la construcción de sanatorios y demás relacionado con la lucha antituberculosa emprendió la Diputación en la época de la dictadura militar del General Primo de Rivera (...). Cuya misión primordial es proveer lo necesario para la hospitalización de los muchos enfermos tuberculosos. El vicepresidente del Patronato [coronel Oller] puso de manifiesto los perjuicios que en la economía nacional dignifica la separación de los individuos tuberculosos de sus habituales actividades, cifrando en la cantidad de 1.500.000.000 de pesetas anuales lo que la Nación deja de producir, y por lo tanto pierde como mínimo. (...) en la actualidad se dispone de muy pocos establecimientos sanatoriales adecuados, por lo cual ha habido necesidad de continuar habilitando fincas particulares donde ya había enfermos tuberculosos, en completo estado de abandono por parte de los rojos»<sup>384</sup>.

<sup>383</sup> Josep BERNABEU MESTRE. "La contribución del exilio científico español al desarrollo de la salud pública venezolana. Santiago Ruesta Marco, 1938-1969". En: Josep Lluís Barona Vilar (ed.). *La Ciencia, salud pública y exilio (España 1875-1939)*: 223-256. Valencia: Universitat de València, 2003 (cf. pág. 224).

<sup>384</sup> *La Vanguardia Española*, 17-V-1939 (cf. págs. 1-3).

A continuación exponemos un análisis estadístico de la evolución de las enfermedades infecciosas causantes de la mayor mortalidad en España, desde al año anterior a la guerra civil, hasta el anterior a la aprobación de la Ley del seguro de enfermedad. Si se tiene en cuenta que la población de 1930 ascendía a 23.563.867 habitantes, y que en 1941 era de 25.979.069 habitantes, se deduce que, la tuberculosis provocó 1,3 fallecimientos por cada 1000 habitantes en 1941. También hay que destacar que la mortalidad por esta enfermedad había conseguido disminuirse en el año 1936, respecto al año 1935, al igual que el resto de enfermedades infecciosas expuestas en el siguiente cuadro (excepto el tifus exantemático, aunque la diferencia de 3 a 4 casos no tiene ninguna relevancia). Sin embargo, en los años de la guerra y de la postguerra aumentó la mortalidad de todas las enfermedades infecciosas, en comparación con la etapa republicana, de forma alarmante:

Tabla VIII: Número de fallecidos por enfermedades infecciosas en España						
Año	Tuberculosis	Neumonía	Fiebre tifoidea	Tifus exantemático	Difteria	Gripe
1935	26.653	9.129	2.800	3	1.238	8.073
1936	25.372	7.708	2.695	4	1.103	4.085
1939	31.137	10.208	5.500	64	4.058	5.006
1941	32.877	12.262	4.168	1.644	1.563	6.333
Fuente: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. <i>Anuario Estadístico de España. Año XXIX. 1954.</i> [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1955 (cf. pág. 626)						

Durante estos años, la organización institucional de la Dictadura avanza con la promulgación de sucesivas Leyes: creación de las Cortes (1942), Fuero de los Españoles (1945), Referéndum Nacional (1945), Sucesión en la Jefatura del Estado (1947) y Ley de los Principios del Movimiento Nacional (1958), entre otras.

### 3.3. La normativa de previsión social aprobada por el 'Nuevo Estado'

#### 3.3.1. El discurso de José Antonio Girón de Velasco: los 'objetivos logrados'

El 27 de marzo de 1942, en presencia del general Franco, en la sala Maluquer del Instituto Nacional de Previsión, el ministro José Antonio Girón de Velasco pronunció un discurso en el que detallaba la normativa aprobada por el Gobierno de Franco respecto a



la previsión social. En este acto estaban presentes todos los miembros del Gobierno (Ramón Serrano Suñer, Valentín Galarza, José Luis Arrese, José Ibañez Martín, Esteban Bilbao, etc.) y otros representantes de las mas altas instituciones civiles, militares y eclesiásticas (Felipe Clemente de Diego, Francisco Gómez Jordana, José Moscardó, José Millán Astray, Leopoldo Eijo y Garay, etc.), propagando así la prioridad que el 'Nuevo Régimen' daba a lo social, «su mano tendida al obrero», que recogiera la crónica del acto en la prensa nacional<sup>385</sup>. Antes, el Jefe del Estado recordó que uno de los objetivos principales del 'Movimiento', respecto a los seguros sociales, era hacer realidad el contenido del Fuero del Trabajo:

«Esto es lo que quiero traeros a vosotros -miembros del INP-, en la confianza de que vuestra obra callada de tantos años, en que multiplicabais cifras para terminar en una miserable peseta de retiro de vejez, el Movimiento viene a valorarla y a multiplicarla, a hacer verdad y carne vuestros cálculos, a realizar el Fuero del Trabajo de arriba a bajo, a establecer los seguros sociales, sin que nos tiemble la mano ni el brazo para acometerlos»<sup>386</sup>.

José Antonio Girón de Velasco recordó que la previsión social estaba unida a los principios y objetivos de la Falange:

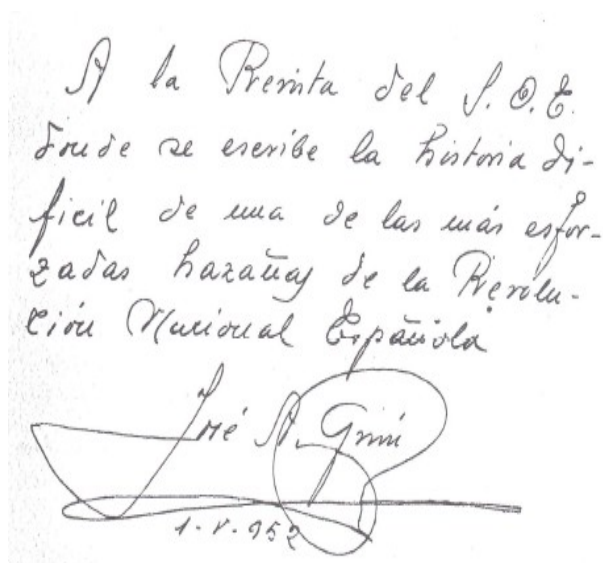
«Exclusivamente porque es justo y porque es de interés para la Patria, han sido creados el Subsidio familiar y los permisos de natalidad, y únicamente se han llevado a cabo realizaciones en el frente de la Previsión Social por obediencia a las consignas. Aunque nos quede mucho por andar, este es el camino (...)

Por eso, la rápida exposición de la situación que vamos a hacer en uno de los sectores de la Previsión Social, la enumeración de los objetivos logrados, tiene exclusivamente la significación de un parte de guerra. Hay en él motivo para el aliento, por lo logrado, y razón para el coraje y la prisa que es preciso poner en los nuevos avances. El Movimiento encontró en la Previsión social mucha fraseología y pocas realidades, demasiada política sin acción, en vez de largas disertaciones comparativas, preferimos el lenguaje claro y lacónico de los números (...) la distancia que nos separa del final no es en la Falange más que un motivo para redoblar el brío de las escuadras»<sup>387</sup>.

<sup>385</sup> En la prensa, además de reproducir los discursos íntegros de Francisco Franco y José Antonio Girón, se destacó que, «S.E. pronuncia un importante discurso exaltando el contenido social del nuevo Estado» (*La Vanguardia Española*, 28-III-1942, pág. 1) y «El Caudillo de España, en el día de ayer, quiso incorporar su figura, encarnación suprema de la Patria a la honda labor social que el INP realiza y que él postula desde que rige los destinos nacionales» (*ABC*, 28-III-1942, pág. 1).

<sup>386</sup> [Francisco FRANCO]. "Discurso del Jefe del Estado. Sacrificio, solidaridad y unidad, base de los Seguros sociales". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 2(3): 2-5. Madrid, 1942 (cf. pág. 4).

<sup>387</sup> [José Antonio GIRÓN DE VELASCO]. "Discurso del Ministro de Trabajo". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 2(3): 5-8. Madrid, 1942 (cf. págs. 5-7).



José Antonio Girón de Velasco. Dedicatoria a la *Revista del Seguro de Enfermedad* [1952]

*Revista del Seguro de Enfermedad*, 1(2). 6. Madrid, 1952

La enumeración que el Ministro de Trabajo realizó de esos 'objetivos logrados' puede resumirse en cinco apartados, todos ellos en cumplimiento de lo establecido en el Fuero del Trabajo:

1º. Subsidio de vejez: en septiembre de 1939 se transformó el régimen de retiro obrero obligatorio en el de subsidio de vejez, se elevó la pensión -de una a tres pesetas-, y se ampliaron las pensiones a los trabajadores inválidos de más de sesenta años. El volumen de recaudación en 1935 era de 45.037.067 pesetas y, en 1941, ascendió a 143.657.493 pesetas<sup>388</sup>. El Fuero del Trabajo establecía que, «se incrementarán los seguros sociales de vejez e invalidez».

2º. Seguro de maternidad: en 1940 se reorganizó la Obra Maternal e Infantil. Para 1942 –momento en que se leyó el discurso- se anunciaba la plena ejecución de un plan

<sup>388</sup> La intensa propaganda que el Régimen efectuó de este subsidio de vejez se reflejó en toda la prensa y en los innumerables actos celebrados en distintas instituciones; incluso se realizaron oficios religiosos: «En varias iglesias y con asistencia de todo el vecindario, se cantaron Tedeums y Salves en acción de gracias por una obra tan benéfica y cristiana» ([EDITORIAL. INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN]. "Seguros sociales. Intensa propaganda del Subsidio de Vejez". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 1(3): 33-35. Madrid, 1941; cf. pág. 33).

de dispensarios y clínicas por todo el territorio nacional, extendiendo la creación de centros similares a los ya existentes en las principales poblaciones<sup>389</sup>. La recaudación del seguro de maternidad en 1935 fue de 5.080.434 pesetas y, en 1941, había alcanzado 7.258.612 pesetas. El Fuero del Trabajo recogía que, «Se incrementará el seguro social de maternidad».

3º. Seguro de accidentes: en 2 de septiembre de 1941 se abordó la enfermedad profesional denominada 'silicosis' y, en 1942, se encontraba establecido un seguro sobre base mutual contra esta enfermedad. Las pensiones pagadas por seguros de accidentes del trabajo en 1936 alcanzaron la cifra de 6.456.204 pesetas y, en 1942, habían sido de 45.729.160 pesetas. El Fuero del Trabajo contenía que, «se incrementarán los seguros sociales... el de enfermedades profesionales».

4º. Subsidio familiar: de acuerdo con los datos aportados por José Antonio Girón, el número de trabajadores asegurados en 1942 se elevaba a 2.520.087<sup>390</sup>. El Fuero del Trabajo recogía que, «se incrementará el subsidio familiar».

5º. Subsidio de nupcialidad: en febrero de 1941 se establecieron los préstamos a la nupcialidad, 2.500 pesetas para los varones y 5.000 para las mujeres que se comprometieran a renunciar a su ocupación laboral una vez casadas. El Fuero del Trabajo establecía que, «se liberará a la mujer casada del taller y de la fábrica».

Después de exponer los logros alcanzados por el nuevo Gobierno, el ministro Girón continuó su discurso señalando que el fin último de su política era la defensa del 'hogar español', aunque conocedor de que las cuantías de las prestaciones eran bajas, defendió que lo importante era el hecho de la regulación de estas prestaciones:

---

<sup>389</sup> El 2 de marzo de 1942, con motivo de la inauguración del nuevo dispensario maternal e infantil del Instituto Nacional de Previsión, "Las Flores" en el número 31 de la madrileña calle Meléndez Valdés, se reunieron, entre otros, el Subsecretario de Trabajo, Esteban Pérez González, el Director general de Previsión, Francisco Greño Pozurama, el Comisario del Instituto Nacional de Previsión, Luis Jordana de Pozas, el Subcomisario del Instituto Nacional de Previsión, Jesús Rivero Meneses, el Inspector general de la Obra Maternal e Infantil, Ruiz Castillejos, el Jefe de la Obra Maternal e Infantil, Juan Bosch Marín y el Jefe provincial de Sanidad, Primitivo de la Quintana. En aquella ocasión, Juan Bosch señaló la existencia de dispensarios en Barcelona, Valencia, Burgos, Zaragoza, Alicante, Málaga, Vigo y Bilbao y «el que ahora se inaugura es el segundo de Madrid» -el anterior estaba ubicado en Cuatro Caminos-; en su discurso también aludió a una cierta política de colaboración para resolver los problemas demográficos, cumpliendo las consignas del Jefe del Estado: «queremos colaborar, para aumentar la natalidad, con todos los organismos del Estado, del Partido y Fundaciones particulares (...)». Deseamos luchar para evitar que en España mueran cuatro mil mujeres en el momento sublime de la maternidad» ([EDITORIAL. INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN]. "Nuevo dispensario maternal e infantil". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 2(3): 38-39. Madrid, 1942).

<sup>390</sup> El Decreto de 22 de febrero de 1941 (BOE, 7-III-1941) duplicó la escala de subsidios de la Ley de 18 de julio de 1938, mediante el cual se asignaba un importe mensual dependiendo del número de hijos y de los jornales; dio efectos retroactivos a estos beneficios. El mismo Decreto estableció los préstamos a la nupcialidad y los premios a las familias numerosas.

«El acto de hoy es para quien quiera entender la demostración mas sencilla de esta verdad nacional-sindicalista. Esta ayuda material lograda para unos pocos es un sacrificio justo impuesto a los demás. No importa la cuantía, importa el hecho en sí.

En lo social representa un avance, que mañana será tan profundo como quiera la justicia. Este es el hecho revolucionario en lo material, el medio que sirve a una consigna mas alta: la defensa del hogar español»<sup>391</sup>.

### 3.3.2. La conferencia de Luis Jordana de Pozas: los ‘problemas laborales’

En la misma primavera de 1942, Luis Jordana de Pozas pronunció, en la Delegación Provincial de Educación de Madrid, una conferencia sobre problemas laborales, organizada por el Ministerio de Trabajo; en ella hizo un repaso de la normativa de previsión social aprobada por el régimen franquista:

«El 18 de julio se aprueba la Ley de Subsidio familiar, que entró en vigor el 1 de febrero de 1939, pagado por los patronos en régimen de pago delegado, premios de nupcialidad y a las familias numerosas. En ese mismo año 1939, el 1 de septiembre, se publica la ley de subsidio de vejez, que se anticipa para los inválidos. El 27 de septiembre de 1939 se implanta el subsidio familiar de viudas y huérfanos. En 1940 se amplía la competencia de la Caja de Accidentes de Trabajo. Y, por último, se reorganiza la Obra Maternal e Infantil dependiente del seguro de maternidad, que une sus clínicas a las de la ‘Obra del 18 de julio’»<sup>392</sup>.

El 12 de julio de 1941 se había aprobado la Ley de sanidad infantil y maternal (BOE, 28-VII-1941) que pretendía conectar y coordinar las instituciones con competencias en atención de esta área. En cumplimiento de esta Ley, la Obra Maternal e Infantil del Instituto Nacional de Previsión debía «unir esfuerzos al de cuantas instituciones en España siguen las consignas del nuevo Estado»; en esta coordinación entraban organizaciones como Auxilio Social, Protección de Menores, las organizaciones de la Sección Femenina de FET y de las JONS, etc. Los fines perseguidos de la Ley eran muy ambiciosos, incluían, para este sector de la población, todo el ámbito sanitario, tanto preventivo como asistencial.

---

<sup>391</sup> [José Antonio GIRÓN DE VELASCO]. “Discurso del Ministro de Trabajo”. *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 2(3): 5-8. Madrid, 1942 (cf. pág. 7).

<sup>392</sup> [Luis JORDANA DE POZAS]. “La previsión y los seguros sociales”. *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 2(4): 24-30. Madrid, 1942 (cf. pág. 27).

Pocos meses después se publicó la Ley de 18 de junio de 1942 (*BOE*, 3-VII-1942)<sup>393</sup>, por la que se ampliaban los beneficios del seguro de maternidad, a propuesta del Consejo del Instituto Nacional de Previsión; hasta ese momento, solo estaban incluidas en él las trabajadoras inscritas en el subsidio de vejez y, a partir de la entrada en vigor de la nueva Ley, se amplía el campo de aplicación a las mujeres de los trabajadores inscritos en el régimen de subsidios familiares y a las trabajadoras incluidas ‘por sí’ en ese régimen de subsidios familiares, que no podían estar incluidas en el de maternidad al tener ingresos superiores al límite establecido.

En ese año de 1942, también se autorizó invertir el 25% de los fondos de reserva de la Caja Nacional de Subsidios Familiares en la construcción y dotación de hospitales-cunas, clínicas y dispensarios de maternidad y puericultura. En estas instalaciones, la Obra Maternal e Infantil del Seguro de Maternidad desarrollaría su misión, pagando a la Caja Nacional de Subsidios Familiares una pequeña cantidad en concepto de alquiler (3% anual del importe de la inversión). Con ello se intentaba atender la demanda de ‘centros propios’ pues, al implantarse el seguro obligatorio en el año 1931, fue necesario suscribir conciertos con los Colegios oficiales de médicos, farmacéuticos y matronas y, asimismo, se convino la prestación de servicios en dispensarios de la Sanidad Nacional y de otras instituciones. El jefe de la Obra Maternal e Infantil, Juan Bosch Marín<sup>394</sup>, en junio de 1942, reclamaba la creación de estos centros propios, porque, entre otras razones, con ellos se evitaría el fraude en las atenciones domiciliarias<sup>395</sup>. Juan Bosch, en base a datos estadísticos, deducía la existencia de un considerable fraude en las atenciones efectuadas en domicilio, él las denominaba ‘distocias simuladas’, pues, afirmaba, al ser tratadas en los domicilios, se clasifican y tarifican como distocias, cuando en clínica se hubieran tratado como partos normales.

---

<sup>393</sup> Con anterioridad a la guerra civil, mediante el Real Decreto de 20 de agosto de 1923 (*Gaceta de Madrid*, 23-VIII-1923) se había implantado el subsidio de maternidad, gestionado por el Instituto Nacional de Previsión, con él comenzó a funcionar la Obra Maternal e Infantil encargada de efectuar la asistencia médica. En 1931 se creó el seguro obligatorio de maternidad, mediante un Decreto de 26 de mayo (*Gaceta de Madrid*, 27-V-1931), ampliado por la Ley de 18 de junio de 1942. La Obra Maternal e Infantil se extinguió, quedando integrada en el seguro obligatorio de enfermedad, por Decreto de 9 de julio de 1948 (*BOE*, 27-VII-1948). Esta integración se había previsto en 1923, pues la Real Orden de 25 de abril (*Gaceta de Madrid*, 1-V-1923) establecía: «que por ese mismo Instituto se proceda con la mayor urgencia posible a la adopción y desarrollo de las bases (...) para establecer un seguro de maternidad separadamente del de enfermedad, de modo que en su día puedan integrarse ambos seguros».

<sup>394</sup> Juan Bosch Marín había sido Subdirector general de Sanidad durante la II República.

<sup>395</sup> Juan BOSCH MARÍN. “Seguro de maternidad. Eficacia de Instituciones sanitarias propias”. *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 2(8/9): 11-16. Madrid, 1942 (cf. pág. 13).

En la misma conferencia de 1942, Luis Jordana planteó la siguiente pregunta: «¿qué es lo que falta de aquellas consignas, de aquel programa que el Movimiento Nacional se propuso realizar?», Y continuó señalando que la primera tarea, aunque el Fuero del Trabajo no lo estableciera, era la de perfeccionar lo que ya existía pero, «aparte de esto», faltaba un seguro esencial, el seguro de enfermedad:

«Hay una gran zona del Seguro social apenas intacta, que es el Seguro de enfermedad. Como manifestaciones parciales del mismo, existen ya el Seguro de silicosis, de reciente creación, y el Seguro de maternidad que ofrece una experiencia muy afortunada. Y como respuesta al deseo que en el país se siente por el Seguro de enfermedad, el Gobierno ha nombrado, hace meses, una Comisión, con el encargo de estudiar un anteproyecto de organización del mismo. Ahora bien, el Seguro de enfermedad ha sido, en todos los países, el Seguro esencial, el Seguro eje de todos los Seguros Sociales»<sup>396</sup>.

Y terminó su conferencia con las siguientes palabras:

«El día que se establezca [el seguro de enfermedad] puede tener repercusiones verdaderamente inconmensurables: puede influir, no sólo en la transformación del carácter económico, sino además en su aspecto sanitario. Desde el punto de vista de la raza y de la higiene, puede cambiar el nivel de vida de la Nación»<sup>397</sup>.

### **3.4. La Comisión redactora del anteproyecto de Ley del seguro obligatorio de enfermedad**

Mediante un Decreto del Ministerio de Trabajo del 11 de julio de 1941 (*BOE*, 25-VII-1941) se creó una Comisión con el encargo de redactar un anteproyecto de Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad, hacía dos meses que al frente de este Ministerio se encontraba José Antonio Girón de Velasco. En este Decreto se establece que la Comisión redacte todos los detalles necesarios para su establecimiento:

«El anteproyecto determinaría los riesgos a cubrir por el futuro seguro de enfermedad, su estructura, sus prestaciones económicas, indemnizaciones y prestaciones sanitarias, beneficiarios, campo de aplicación y recursos y aportaciones, servicios de asistencia médica, forma de su elección y pago de emolumentos, inspección, gestión y administración del seguro y todas las demás circunstancias y detalles que la Comisión considere necesarias determinar y dejar resueltas de tal forma que, todos los elementos interesados en el funcionamiento

---

<sup>396</sup> [Luis JORDANA DE POZAS]. "La previsión y los seguros sociales". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 2(4): 24-30. Madrid, 1942 (cf. pág. 28).

<sup>397</sup> [Luis JORDANA DE POZAS]. "La previsión y los seguros sociales". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 2(4): 24-30. Madrid, 1942 (cf. pág. 28).

del seguro se hallen, a la terminación de la labor que se encomienda, en disposición de comenzar el montaje de la organización y su establecimiento»<sup>398</sup>.

Este mismo Decreto establece la composición de la Comisión; estaría presidida por el Director general de Previsión, Francisco Greño Pozurama, cargo que desempeñaba desde su reciente nombramiento<sup>399</sup> a propuesta del ministro Girón. El nuevo Director general permaneció al frente del Instituto el tiempo necesario para elaborar el anteproyecto y seguir la tramitación de la Ley prácticamente hasta su aprobación<sup>400</sup>. Francisco Greño Pozurama, de filiación monárquica, había sido vocal en el primer Consejo del Instituto Nacional de Previsión, formado en 1938, elegido por el ministro Pedro González-Bueno entre los directores de cajas colaboradoras.

Esta Comisión estaría integrada, además, por tres consejeros o vocales del Instituto Nacional de Previsión, uno de ellos sería de los designados en representación de la Central Nacional Sindicalista; tal elección recayó en Rodrigo Uría González<sup>401</sup>, éste formaba parte de la 'secretaría técnica asesora' de Falange, cargo para el que había sido nombrado por Raimundo Fernández Cuesta; formaba parte del Instituto Nacional de

---

<sup>398</sup> [EDITORIAL. INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN]. "Seguro de enfermedad. Nombramiento de una Comisión". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 1(7/8): 36-38. Madrid, 1941 (cf. pág. 37).

<sup>399</sup> Francisco Greño Pozurama había sido nombrado mediante un Decreto de 28 de mayo de 1941 (BOE, 8-VI-1941).

<sup>400</sup> Francisco Greño Pozurama fue cesado el 16 de octubre de 1942 (BOE, 20-X-1942- rect. BOE, 29-X-1942-); la última reunión de la Comisión se celebró el 30-IV-1942 y la Ley se aprobó el 14-XII-1942. El 28 de octubre de 1942 (BOE, 6-XI-1942) se nombró una nueva Comisión, para el examen y estudio del anteproyecto elaborado. El 16 de marzo de 1943, Francisco Greño Pozurama fue nombrado Procurador en las primeras Cortes del Régimen de Franco, como representante del Sindicato Nacional de la Banca. [INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN]. *I Asamblea General del Instituto Nacional de Previsión. Composición de la Asamblea*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión [Sucesores de Rivadeneyra, S.A.], 1953.

<sup>401</sup> Es útil recordar que a quienes vinculó Raimundo Fernández-Cuesta al Instituto Nacional de Previsión, a raíz de su nombramiento como Secretario general de FET y de las JONS, dos meses mas tarde, se alienarían tras Ramón Súñer; Gonzalo Redondo recoge el testimonio de Raimundo Fernández-Cuest: «También "organicé [dice Fernández Cuesta] una especie de secretaría técnica asesora, de la que formaban parte Pedro Laín Entralgo, Joaquín Garrigues, Javier Conde, Antonio Tovar y Rodrigo Uría, los cuales, con el tiempo, habían de adquirir prestigio intelectual y universitario, aunque se hayan apartado de sus ideales de juventud". / Al margen de estos hombres, hay igualmente que aludir a los que Fermín Yzuriaga había logrado reunir en la Delegación Nacional de Prensa y Propaganda, uno de los puntos decisivos de las fricciones entre el nuevo secretario general de FET y de las JONS y Ramón Serrano Súñer» (Gonzalo REDONDO. *Historia de la Iglesia en España (1931-1939)*. Madrid: Ediciones Rialp, 1993 (cf. pág. 176).

Esta progresiva desvinculación de Falange, por parte de Rodrigo Uría, es recogida por Federico Fernández-Crehuet López y Antonio Manuel Hespanha: «El ministro de justicia encargó al Instituto de Estudios Políticos la redacción de un Anteproyecto de la Ley de Sociedades. Los trabajos los dirigió Garrigues, y participaron en su redacción Jerónimo González, Manuel de la Plaza, Rodrigo Uría [y otros] (...). Estos autores compartían los argumentos reformistas moderados de Garrigues y no tenían ningún interés en aplicar los principios derivados del espíritu revolucionario de los falangistas. Pero el proyecto de ley había de ser aprobado por unas Cortes con un fuerte componente falangista» (Federico FERNÁNDEZ-CREHUET LÓPEZ y Antonio Manuel HESPANHA. *Franquismus um Salazarismus: Legitimation durch Diktatur?*. Frankfurt: Vitorio Klostermann, 2008; cf. pág. 306).

previsión desde junio de 1941, como uno de los seis vocales elegidos entre los diversos factores de la producción.

Los otros dos Consejeros del Instituto fueron: Pablo Martínez Almeida, Abogado del Estado, uno de los cinco vocales designados libremente por José Antonio Girón en junio de 1941, 'en atención a sus conocimientos en materia de Seguridad Social' y Primitivo de la Quintana López, vocal del Consejo del Instituto, representante de la medicina social que, a propuesta del Ministerio de la Gobernación, también había sido nombrado por el ministro Girón. Pablo Martínez Almeida formaba parte del Instituto desde el Consejo de 1938, cuando, por Decreto, se le había nombrado Jefe del Servicio Nacional de Previsión y, en consecuencia, presidente del Consejo y de la Comisión Permanente del Instituto, en sustitución de Severino Aznar Embid; el médico Primitivo de la Quintana había sido nombrado en 1938, en representación de la medicina social, a propuesta del Ministro de Interior, Pedro González-Bueno Bocos.

A estos tres consejeros se añadieron ocho vocales más: el Comisario del Instituto Nacional de Previsión, Luis Jordana de Pozas, quien hasta esta reforma había ostentado el cargo de Subdirector; un representante de la Dirección general de Sanidad: Francisco Astigarraga Luzón; un representante del Patronato Nacional de Lucha Antituberculosa: Bartolomé Benítez Franco; un miembro del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, designado por éste: José Fernández de la Portilla; un representante de la Delegación Nacional de Sindicatos, en concreto de la 'Obra Sindical del 18 de Julio': Alfonso de la Fuente Chaos; el actuario jefe del Instituto Nacional de Previsión: José Gabriel Álvarez Ude; un médico de la Caja Nacional del Seguro de Accidentes de Trabajo: José María Sánchez Bordona, quien ostentaba el cargo de Inspector Médico Jefe del Servicio de Accidentes; y el médico jefe de la Obra Maternal e Infantil del Instituto Nacional de Previsión: Juan Bosch Marín.

A estos doce componentes que detallaba el Decreto de creación de la Comisión se unió, de hecho, el anterior Director general de Previsión, quien ahora ocupaba el cargo de Subsecretario del Ministerio de Hacienda, Fernando Camacho Baños, pues participó en varias de las sesiones que celebró la Comisión redactora. También Jesús Rivero Meneses, subcomisario del Instituto Nacional de Previsión, que formó parte del primer Consejo del Instituto organizado en 1938, como vocal propuesto por Falange Española Tradicionalista y de las JONS.



Como secretario de la Comisión, sin voz ni voto, se nombró al Secretario del Instituto Nacional de Previsión, José Ayats Surribas, sustituido frecuentemente por Julio de la Cruz Plaza.

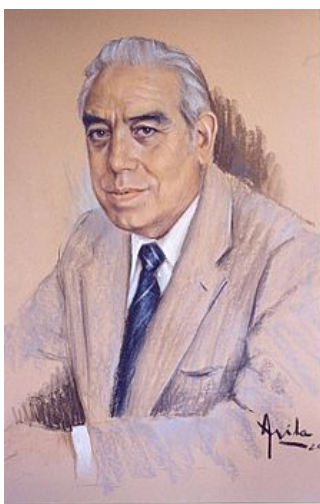
De los doce componentes, ocho representaban al Instituto Nacional de Previsión: el Director general, el Comisario, tres Consejeros (uno de ellos médico), el actuario jefe y dos médicos (de la Caja Nacional del Seguro de Accidentes de Trabajo y de la Obra Maternal e Infantil del Instituto), a los que 'se unía' el representante de la 'Obra Sindical del 18 de Julio'. Los otros tres componentes representaban a la Dirección general de Sanidad, al Patronato Antituberculoso y al Consejo de Colegios de Médicos.

El reparto de componentes de los distintos grupos de presión estaba claramente decantado a favor del Instituto Nacional de Previsión o, lo que era lo mismo, a favor de Falange Española.



Rodrigo Uría González

Fundación profesor Uría [Madrid]



Alfonso de la Fuente Chaos

Dibujo de Ávila [2011]  
Consejo General de Colegios  
Oficiales de Médicos [Madrid]



Juan Bosch Marín [ca. 1947]

Real Academia Nacional de Medicina  
Expediente Juan Bosch Marín



José Gabriel Álvarez Ude

Decanato de la Facultad de  
Ciencias Químicas  
Universidad Complutense de Madrid



Jesús Rivero Meneses

Colección Félix Martialay [Madrid]

Sobre la doctrina nacional-sindicalista y el seguro de enfermedad, Alfonso de la Fuente Chaos, Jefe de la 'Obra Sindical del 18 de Julio' y Secretario Nacional de Sanidad de FET y JONS, publicó, el 13 de agosto de 1942, un artículo donde señalaba a la Falange como garante de la implantación del seguro de enfermedad para beneficio del productor económicamente débil:

«La Falange, órgano específico del Estado Nacional-Sindicalista, garantiza al productor económicamente débil el cumplimiento de las disposiciones que nuestro Jefe Nacional estampó en el Fuero del Trabajo: ejemplo vivo son las reglamentaciones del trabajo recientemente dictadas por el Excmo. Sr. Ministro de Trabajo, donde la función legislativa y fiscalizadora del estado se hermana con la actuante del Partido y donde la Empresa cumple la etapa previa a la total ordenación en régimen estatal del Seguro base en la Previsión social: el Seguro de Enfermedad»<sup>402</sup>.

En el mismo artículo defendía que la previsión social debía estar formada tanto por las prestaciones, económicas y sanitarias, como por las enseñanzas de las instituciones educadoras con consigna falangista:

---

<sup>402</sup> El artículo se publicó inicialmente, en el número de agosto de 1942 de la revista *Ser, Médico-Social*, impresa por la Delegación Nacional de Sanidad de FET y de las JONS; fue reproducido en el *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión* (Alfonso de la FUENTE CHAOS. "Información doctrinal. Consigna: el Estado, las empresas y los seguros sociales". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 2(8/9): 1-5. Madrid, 1942.

«Pero nuestra Previsión social no ha de limitarse a los módulos sanitario y económico: queremos que, junto a ellos e íntimamente ligados, se alcen los Centros de Educación física, la mejor fuente de ingreso para los Seguros sanitarios, los parques de recreo y descanso y sus instituciones aseguradoras.

Nosotros seremos la vanguardia que lleve al productor español el alma y la eficacia de los Seguros estatales; pero exigimos el marco azul de nuestras camisas, y junto a la bandera española; símbolo de continuidad y tradición, el rojo y negro de nuestra Revolución, símbolo de amor y de justicia social.

Sólo así mereceremos algún día el regalo de una oración en los labios de esa juventud azul que hoy perfuma, con sus canciones de amor, esos Paraísos de España, que son los Campamentos del frente de Juventudes»<sup>403</sup>.

La Ley del seguro de enfermedad de 1942 encargó a la 'Obra Sindical del 18 de Julio' la organización de los servicios médicos del Seguro.

### **3.5. Los trabajos de la Comisión redactora del anteproyecto de Ley del seguro obligatorio de enfermedad [1941-1942]**

#### **3.5.1. Las primeras sesiones de la Comisión**

##### *Primera sesión de la comisión [8-VIII-1941]*

La Comisión encargada de redactar el anteproyecto de Ley del seguro obligatorio de enfermedad se reunió en nueve ocasiones; la primera sesión tuvo lugar el día 8 de agosto de 1941, en el salón de consejos del Instituto Nacional de Previsión, a las cinco de la tarde; la presidió el Director general de Previsión del Ministerio de Trabajo, Francisco Greño Pozurama<sup>404</sup>.

A esta primera sesión no acudieron Rodrigo Uría González y Pablo Martínez Almeida, que no fueron sustituidos por otros componentes; tampoco estuvieron presentes Luis Jordana de Pozas, que fue sustituido por el Subcomisario del Instituto, Jesús Rivero Meneses, y Alfonso de la Fuente Chaos, sustituido por Ángel Gómez Jiménez, en representación de la 'Obra Sindical del 18 de Julio'. A los ocho titulares y dos sustitutos, se unió el Subsecretario de Hacienda, Fernando Camacho Baños que, aunque no formaba parte de la Comisión, había vivido muy de cerca la gestión de seguros sociales pues,

<sup>403</sup> Alfonso de la FUENTE CHAOS. *Op. cit. ut supra*, cf. pág. 5.

<sup>404</sup> La constitución de la Comisión fue noticia en la prensa nacional (Ya, 9-VIII-1941) (Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA): Comisión del Seguro de Enfermedad. Actas de las reuniones de trabajo. Signatura: DH-E3-B3 [1933-1941], leg. 3. "Comisión del Seguro de Enfermedad – Anteproyecto de Ley: notas de prensa").

desde el 15 de junio de 1938 hasta el 31 de mayo de 1941, había sido presidente del Instituto Nacional de Previsión.

En esta primera sesión, además de quedar constituida la Comisión, Francisco Greño Pozurama trasladó las directrices del Ministro de Trabajo, José Antonio Girón de Velasco: en primer lugar, recordó que los trabajos que debían realizarse tenían como misión última implantar un seguro de enfermedad con las características propias de un seguro social, para que el trabajador recibiera las prestaciones como un derecho reconocido y no derivado de «la filantropía»; en consecuencia, todas las disposiciones del anteproyecto debían quedar «separadas por completo de toda idea o concepto de beneficencia o de asistencia pública de los que nada tienen». Insistió en la repercusión que podría tener la implantación del seguro en la economía nacional y solicitó que se estudiara, de manera especial, la relación de las prestaciones del seguro con las cuotas necesarias para su financiación; solicitó, además, que se valorara si la obligación de cotizar podría suponer un aumento tal del «costo de la producción» que produjera un efecto negativo en el empleo, teniendo en cuenta el índice elevado de paro obrero existente. También informó que el ministro Girón quería que se respetaran «los trabajos que se habían realizado hasta la fecha» y que se utilizaran para regular el nuevo seguro:

«Expone [el presidente, Francisco Greño Pozurama] el trabajo y las aspiraciones que se habían exteriorizado hasta la fecha en relación con el seguro de enfermedad, y dice que es decisión terminante del Ministro de Trabajo que esos trabajos y aspiraciones se traduzcan en realidad. Para esto se recaba el concurso de los reunidos para que aporten su experiencia técnica y profesional»<sup>405</sup>.

Con estas palabras, se estaba reconociendo que la implantación del nuevo seguro era una empresa de tal magnitud, que había que respetar ‘el camino ya andado’, mas aún teniendo en cuenta el objetivo de aprobar la Ley en breve plazo. Así fue, la Comisión comenzó a trabajar a finales del año 1941 y la Ley se aprobó el 14 de diciembre de 1942 (BOE, 27-XII-1942); para ello, se les facilitó a todos los presentes «lo publicado hasta ahora» sobre los temas fundamentales del seguro y un cuestionario sobre esos mismos temas, elaborado por el Ministerio de Trabajo.

La lista de «lo publicado», enviada a los vocales de la Comisión, se componía de dieciocho publicaciones y seis hojas de divulgación del Instituto Nacional de Previsión. Las publicaciones incluían los dos volúmenes de *la Conferencia Nacional de Seguros de*

<sup>405</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Comisión del Seguro de Enfermedad. Actas de las reuniones de trabajo. Signatura: DH-E3-B3 [1933-1941], leg. 2. “Comisión del Seguro de Enfermedad – Anteproyecto de Ley: actas de la Comisión”.

*Enfermedad, Invalidez y Maternidad* [Barcelona noviembre de 1922] (Madrid, 1925); *La cuestión del seguro de enfermedad ante la X reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo en Ginebra, mayo de 1927*. (Madrid, 1927); un resumen de legislación extranjera sobre el seguro de enfermedad, preparado por el Instituto Nacional de Previsión en 1932; la contestación del Gobierno español al cuestionario propuesto para la X Conferencia Internacional del Trabajo sobre el seguro de enfermedad y el proyecto del Convenio y el de la Recomendación, aprobados en dicha Conferencia<sup>406</sup>.

El cuestionario entregado a todos los miembros de la Comisión se debía cumplimentar antes del día dos de septiembre de éste 1941 y remitirlo a la Dirección General de Previsión quien, posteriormente, debía hacer una «selección o resumen» para que sirviera de base a las deliberaciones, en reuniones posteriores. Aunque Francisco Greño indicó que todos los componentes tenían libertad para contestar las preguntas contenidas en el cuestionario, José Fernández Portilla apuntó su dificultad para opinar en aquéllas que contenían asuntos en los que no era especialista y Francisco Astigarraga Luzón comentó que había recibido instrucciones de la Dirección general de Sanidad para que aportara su opinión sólo en los asuntos relacionados con su especialidad. Eran los componentes ajenos al Instituto Nacional de Previsión los que dejaban claro, desde la primera sesión, que para las cuestiones de sanidad eran ellos los ‘técnicos especialistas’.

En cuanto a «los trabajos que se habían realizado hasta la fecha», el Instituto preparó un informe, que se facilitó a todos los componentes de la Comisión, conteniendo de forma sucinta esos trabajos, fundamentalmente realizados durante la II República, aunque sólo recogió los realizados por el Instituto Nacional de Previsión<sup>407</sup>.

El contenido del informe incluía referencias a la Orden de 10 de mayo de 1932 del Ministerio de Trabajo y Previsión (*Gaceta de Madrid*, 10-V-1932), por la que encargaba al Instituto la preparación de un proyecto de seguro de enfermedad, otro de invalidez y muerte y un estudio para la unificación de los seguros de invalidez, vejez, maternidad, enfermedad y muerte y su coordinación con los seguros de accidentes del trabajo, para ello se había formado una ponencia general y tres subponencias, de éstas, la segunda se encargó de la preparación del proyecto de seguro de enfermedad. El Instituto facilitó a la

<sup>406</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Comisión del Seguro de Enfermedad. Actas de las reuniones de trabajo. Signatura: DH-E3-B3 [1933-1941], leg. 2. “Comisión del Seguro de Enfermedad – Anteproyecto de Ley: actas de la Comisión”.

<sup>407</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.1. “Ley del Seguro de Enfermedad. Comisión para redactar el Anteproyecto de Ley. Comentarios a la Ley del S.E. [Seguro de Enfermedad]”.

anterior subponencia, bibliografía y cuatro volúmenes conteniendo los textos, traducidos al castellano, de las Leyes del seguro de enfermedad en otros Estados y un folleto resumen de las soluciones dadas por esos países a los temas fundamentales del seguro. Además, el Instituto Nacional de Previsión elaboró tres ‘informaciones’: una sobre mutualidades, otra sobre el régimen de igualas y una última sobre ‘salario tope’ para la obligación del seguro; aunque las estadísticas obtenidas no fueron muy concluyentes, pues las contestaciones fueron escasas, sí se destaca que los patronos proponían un salario bajo (así se ahorrarían un altísimo porcentaje de cuotas) y los obreros proponían un salario alto o que no hubiera tope. En las subponencias se estudiaron los temas propuestos y se elaboraron conclusiones relacionadas con las prestaciones sanitarias y económicas y se valoró la coordinación entre el régimen de seguros sociales y la sanidad pública y la organización del servicio sanitario. El Instituto Nacional de Previsión, además, realizó otros estudios y publicó el informe *La unificación de los seguros sociales*, redactado por Inocencio Jiménez Vicente<sup>408</sup>. También la asesoría social del Instituto poseía una extensísima documentación «que en su mayor parte ha desaparecido durante el periodo rojo».

#### *Segunda sesión de la Comisión [11-IX-1941]*

La segunda sesión de la Comisión tuvo lugar el 11 de septiembre de 1941, también en el salón de consejos del Instituto Nacional de Previsión. En esta sesión estuvieron presentes todos sus componentes excepto tres, dos consejeros del Instituto: Pablo Martínez Almeida, quien excusó su asistencia por enfermedad, y Primitivo de la Quintana López; por ello se unió Jesús Rivero Meneses, Subcomisario del Instituto; tampoco estuvo presente el secretario de la Comisión, José Ayats Surribas, sustituido por Julio de la Cruz<sup>409</sup>.

En esta sesión, el presidente, Francisco Greño, comentó que, en base a los cuestionarios recibidos, se habían realizado resúmenes con las contestaciones efectuadas a los temas expuestos; señaló que, en lo fundamental, no existían discrepancias, aunque, en relación con el seguro de maternidad, había opiniones distintas: algunos componentes

---

<sup>408</sup> Inocencio JIMÉNEZ VICENTE. *La unificación de los seguros sociales [3ª edición]*. [Publicaciones del INP, 476]. Madrid: Instituto Nacional de Previsión [Imp. y enc. de los Sobrinos de la Sucosora de M. Minuesa de los Ríos], 1936. La primera edición es Madrid: Oficina Tipográfica del Instituto Nacional de Previsión, 1934.

<sup>409</sup> Inicialmente prevista para el 2 de septiembre, se retrasó debido a la demora producida en la recepción de alguno de los cuestionarios entregados durante la sesión anterior.

de la Comisión defendían su integración en el seguro de enfermedad y otros mantenían que se constituyera como un seguro independiente, aunque regulado por la misma Ley del seguro de enfermedad.

En realidad, el modo en que habían sido contestados los cuestionarios distribuidos en la sesión anterior no fue unánime<sup>410</sup>:

José G. Álvarez Ude contestó a todas las cuestiones planteadas, incluso opinó sobre materias de las que no era especialista «Por creer que en estas materias es preciso una visión de conjunto, sin la cual se corre el peligro de aportar soluciones, que pueden ser aisladamente perfectas en teoría, pero incompatible y sin valor práctico en su conjunto».

Francisco Astigarraga Luzón solo contestó a las cuestiones relacionadas con la sanidad, sin embargo, se mostraba escéptico ante una implantación completa del seguro teniendo en cuenta las circunstancias económicas del momento y, por ello, propuso una lista priorizada, mezclando enfermedades con colectivos protegidos: «Si siempre hubiese sido muy difícil la implantación total de un seguro de enfermedad, las circunstancias económicas por las que atravesamos, como consecuencia de nuestra guerra de liberación y actualmente del conflicto mundial hacen muy difícil el lograr dicha implantación total (...) este representante propone, como medio mas eficiente para el éxito del seguro de enfermedad, que se establezca de forma gradual, para llegar al seguro total, como meta final, haciéndolo de la siguiente forma, siempre atendiendo a cubrir los riesgos mayores:

- 1º Seguro contra la tuberculosis
- 2º Seguro contra las enfermedades profesionales
- 3º Seguro de enfermedad de los mineros
- 4º Seguro de enfermedad de metalurgia (...)
- 7º Seguro de enfermedad de las profesiones sedentarias».

Bartolomé Benítez Franco tampoco defendía la implantación del seguro de enfermedad de forma completa, por ello no contestó a todo el cuestionario y, además, algunas respuestas no se ajustaban a lo preguntado: «Sustentando nosotros el criterio de la oportunidad de un seguro parcial –como primer paso para el general-, algunas respuestas no se ajustan exactamente a determinados enunciados ni son lo

---

<sup>410</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.1. “Ley del Seguro de Enfermedad. Comisión para redactar el Anteproyecto de Ley. Comentarios a la Ley del S.E. [Seguro de Enfermedad]”.

suficientemente explícitas por lo que, suplica a la Presidencia nos sea permitido informar oportunamente ante la Comisión de los motivos que nos llevan a adoptar esta posición, inspirados siempre en el deseo de alcanzar el seguro de enfermedad».

José Fernández de la Portilla también recelaba de su implantación total e inmediata, aunque contestó a todo el cuestionario. Apuntaba el posible abuso de los beneficiarios demandando prestaciones que no necesitaban y afirmaba que la competencia inspectora le debía corresponder a los facultativos pues, «Ninguna autoridad mas que la del médico puede señalar y en consecuencia dominar y vencer tales impurezas que tienen su origen en la humana propensión a la indolencia que induce al hombre a vivir con el esfuerzo mínimo por falta de amor al trabajo y por su rudimentaria educación social». Recordaba la extensa iniciativa privada dedicada a seguros de enfermedad que, con la implantación del nuevo seguro, provocaría consecuencias impredecibles, apuntaba como «inadmisibile siquiera la hipótesis de una bárbara incautación de los bienes del prójimo, crea un delicado dilema entre la colaboración con lo existente, o la expropiación forzosa con respecto a todos los intereses legítimos de las personas y reintegro adecuado de los capitales invertidos (...) si a tales consideraciones se suma todo el volumen económico que sencillamente la máquina burocrática y administrativa del seguro representa (...) es evidente que no es cosa sencilla ni barata». Por ello, proponía una implantación gradual, pero inconcreta, prefiriendo «No abordar todos los problemas de una sola vez sino por grados sucesivos que llegarán con el perfeccionamiento que la experiencia dicte. No llegaremos en cada etapa mas que a lo que se deba y pueda». Además demandaba respeto a la estructura privada establecida, «Para que el seguro sea respetado y asimismo se considere respetable ha de iniciar sus actividades con un respeto absoluto para todos los intereses anteriores y legítimos que en modo alguno pueden ser atropellados».

Alfonso de la Fuente Chaos contestó a todo el formulario aunque decía que era «por espíritu de disciplina» pues a su juicio no disponía de datos suficientes para emitir un juicio «certero y fundamentado».

Primitivo de la Quintana López fue defensor de la implantación inmediata y completa del seguro, incluso proponía la mejora de determinados requisitos; entendía que el límite sobre ingresos debía aumentarse; que los beneficios del seguro debían alcanzar, en todo caso, a los familiares del asegurado y que no deberían contenerse limitaciones de tipo económico para recibir determinados servicios. Pero, para esta implantación total,

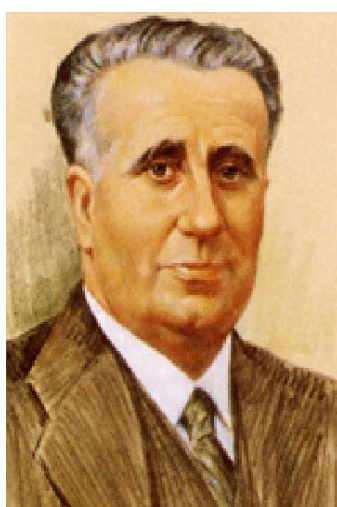


apuntaba que la financiación, además del obrero, debía recaer en el empresario y en el Estado. Proponía que las instituciones aseguradoras privadas existentes, con o sin ánimo de lucro (mutualidades, cooperativas, 'Obra Sindical del 18 de Julio', etc.), debían ser absorbidas por el seguro, aunque temporalmente podría encargarse su gestión a las Diputaciones, Ayuntamientos y a la 'Obra Sindical del 18 de Julio'. Como médico, recomendaba que la implantación del seguro respetara los derechos adquiridos tanto por el personal facultativo como por los auxiliares de empresas o sociedades, que se encontraran realizando la asistencia médico-farmacéutica.



Francisco Astigarraga Luzón

Colección de Floren García Merino  
[Huércanos, La Rioja]



José Fernández de la Portilla

Real Academia Nacional de Medicina  
Expediente José Fernández Portilla



Primitivo de la Quintana López

Real Academia Nacional de Medicina  
Expediente Primitivo de la Quintana

Como ya se ha comentado, los representantes de la Dirección general de Sanidad (Francisco Astigarraga Luzón), del Patronato Nacional Antituberculoso (Bartolomé Benítez Franco) y de los Colegios de Médicos (José Fernández de la Portilla), expusieron sus discrepancias con las directrices del Ministerio de Trabajo. Los tres dejaron claro los intereses que defendían: los dos primeros, la implantación del seguro de tuberculosis antes que el seguro de enfermedad y, el representante de los Colegios de médicos, la estructura médica establecida<sup>411</sup>. El asunto central de esta sesión fue la organización de ponencias para estudiar por los distintos miembros de la Comisión, los diez temas

<sup>411</sup> Jorge MOLERO MESA. "Enfermedad y previsión social en España durante el primer franquismo (1936-1951). El frustrado seguro obligatorio contra la tuberculosis". *Dynamis*, 14: 199-225. Granada, 1994.

fundamentales del anteproyecto, que, además, habían formado parte del cuestionario, esta organización se realizó de la forma siguiente:

Tabla IX. Comisiones organizadas para la redacción del anteproyecto de Ley del seguro de enfermedad [1941] <sup>412</sup>	
Ponencia	Ponentes
I. Campo de aplicación Riesgos a cubrir	Luis Jordana de Pozas [presidente] Pablo Martínez Almeida. Bartolomé Benítez Franco. Juan Bosch Marín. Alfonso de la Fuente Chaos.
II. Prestaciones sanitarias y económicas Organización del servicio sanitario	Fernando Camacho Baños [presidente]. José Gabriel Álvarez Ude. Francisco Astigarraga Luzón. José Fernández de la Portilla. Alfonso de la Fuente Chaos. Primitivo de la Quintana López. José María Sánchez Bordona.
III. Instituciones aseguradoras	Luis Jordana de Pozas [presidente]. José Gabriel Álvarez Ude. Francisco Astigarraga Luzón. Juan Bosch Marín. José Fernández de la Portilla. Alfonso de la Fuente Chaos. Rodrigo Uría González.
IV. Recursos económicos Régimen financiero	Fernando Camacho Baños [presidente]. José Gabriel Álvarez Ude. Bartolomé Benítez Franco. Primitivo de la Quintana López. Rodrigo Uría González.
V. Inspección Jurisdicción	Luis Jordana de Pozas [presidente]. Francisco Astigarraga Luzón. Pablo Martínez Almeida. Primitivo de la Quintana López. José María Sánchez Bordona.
VI. Agricultura	Fernando Camacho Baños [presidente]. José Gabriel Álvarez Ude. Francisco Astigarraga Luzón. Juan Bosch Marín. José Fernández de la Portilla. Alfonso de la Fuente Chaos. Rodrigo Uría González.

<sup>412</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.1. "Ley del Seguro de Enfermedad. Comisión para redactar el Anteproyecto de Ley. Comentarios a la Ley del S.E. [Seguro de Enfermedad]". *Ibid.*, Comisión del Seguro de Enfermedad. Actas de las reuniones de trabajo. Signatura: DH-E3-B3 [1933-1941], leg. 2. "Comisión del Seguro de Enfermedad – Anteproyecto de Ley: actas de la Comisión".

En tres de las seis ponencias se nombró al Comisario del Instituto Nacional de Previsión, Luis Jordana de Pozas, como presidente y, en la otra mitad de las ponencias, al anterior Director general del Previsión que, en ese momento, era el Subsecretario de Hacienda, Fernando Camacho Baños. Estos nombramientos no parece que siguieron un orden debido a la especialización de los presidentes en los temas que formaban las ponencias, más bien debió realizarse un reparto matemático, ponencias pares y ponencias impares.

El resto de componentes de las ponencias se designaron mezclando los distintos vocales. Sin embargo, no todos participaron en el mismo número de ponencias: Alfonso de la Fuente Chaos, Francisco Astigarraga Luzón y José Gabriel Álvarez Ude, participaron en cuatro ponencias; Juan Bosch Marín, José Fernández de la Portilla, Primitivo de la Quintana López y Rodrigo Uría González, lo hicieron en tres; José María Sánchez Bordona y Bartolomé Benítez Franco, formaron parte de dos y Pablo Martínez Almeida sólo fue incluido en una ponencia.

Esta organización se convirtió en decisiva, pues ese era el encargo que tenía la Comisión: realizar el anteproyecto de Ley con la inclusión de todas las cuestiones resueltas de forma definitiva; el título de estos diez temas coincidió con las disposiciones de la Ley una vez aprobada:

Tabla X. Ponencias de la comisión redactora del anteproyecto de la ley del seguro obligatorio de enfermedad [1941 / 1942]	
Cuestiones estudiadas por la Comisión [1941]	Ley del seguro obligatorio de enfermedad [1942]
I. Campo de aplicación,	Capítulo segundo
II. Riesgos a cubrir	Capítulo segundo
III. Prestaciones sanitarias y económicas	Capítulo tercero
IV. Instituciones aseguradoras	Capítulo cuarto
V. Organización del servicio sanitario	Capítulo quinto
VI. Recursos económicos	Capítulo sexto
VII. Régimen financiero	Capítulo séptimo
VIII. Inspección	Capítulo octavo
IX. Jurisdicción	Capítulo noveno
X. Agricultura [no llegó a redactarse]	

La importante participación de Alfonso de la Fuente Chaos parece que pudo deberse al papel fundamental que cobraría la ‘Obra Sindical del 18 de Julio’ en la organización del servicio sanitario. Aunque José G. Álvarez Ude también participó en cuatro ponencias, su aportación se derivaba de su cargo como actuuario jefe del Instituto Nacional de Previsión, quizás por ello estuvo presente en las ponencias relacionadas con aspectos económicos o que, para su redacción, hubiera que disponer de información estadística y económica. No se deducen otras razones para designar al resto de componentes de los grupos de las distintas ponencias; cuando José Fernández de la Portilla, en esa misma sesión, pidió que la representación médica formase parte de la cuarta ponencia, «Instituciones Aseguradoras», el presidente no se opuso, y se aprobó por unanimidad, incluso se invitó a todos los vocales para que, además, participaran en otras ponencias en las que tuvieran interés:

«Advirtiéndole que si alguno de los miembros de la Comisión desean formar parte de alguna otra pueden manifestarlo y en ese sentido lo hacen el Sr. Astigarraga y el Sr. De La Fuente Chaos que desean incorporarse a la VI ponencia (Agricultura)»<sup>413</sup>.

Derivado de ese literal, se deduce que la participación inicial de Francisco Astigarraga Luzón y de Alfonso de la Fuente Chaos estaba prevista para tres ponencias, como la mayoría de los componentes de la Comisión, y que la participación en una cuarta ponencia fue ‘a petición propia’. Además, en la ponencia IV, «Instituciones Aseguradoras», participaron, junto con Luis Jordana de Pozas, Rodrigo Uría González y el actuuario José Gabriel Álvarez Ude, cuatro de los seis componentes de la Comisión, todos ellos médicos de profesión.

En esta misma sesión, Bénitez Franco, representante del Patronato Nacional Antituberculoso, defendió que, antes de que se estudiara el seguro de enfermedad, debía implantarse el seguro antituberculoso, para ello leyó el artículo 10, epígrafe 2º del Fuero del Trabajo; pero, el presidente lo emplazó para que, en una de sus dos ponencias, al tratar de los «Riesgos a cubrir», planteara un voto particular expresando su opinión.

Por último, Francisco Greño recordó a todos los presentes que los trabajos de las ponencias debían realizarse con una importante celeridad, pues las instrucciones del

---

<sup>413</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.1. “Ley del Seguro de Enfermedad. Comisión para redactar el Anteproyecto de Ley. Comentarios a la Ley del S.E. [Seguro de Enfermedad]”.

Ministerio obligaban a entregar el anteproyecto, derivado de las conclusiones de las ponencias, antes del uno de octubre de ese año.

### **3.5.2. Conclusiones de las ponencias realizadas por la Comisión**

#### *Conclusiones de la primera ponencia: campo de aplicación y riesgos a cubrir*

La primera ponencia fue designada para estudiar los temas I, «Campo de aplicación» y II, «Riesgos a cubrir». Los componentes de esta ponencia, Pablo Martínez Almeida, Bartolomé Benítez Franco, Juan Bosch Marín, Alfonso de la Fuente Chaos, Luis Jordana de Pozas (presidente) y Julio de la Cruz Plaza (secretario), se reunieron en tres sesiones: los días 17 de septiembre, 24 de septiembre y 15 de octubre de 1941.

En la primera sesión se estableció, con carácter general, el campo de aplicación del seguro: «Debe comprender a todos los productores económicamente débiles, sin perjuicio de las excepciones que más adelante se señalen». Los productores serían tanto 'por cuenta ajena' como 'por cuenta propia'. Respecto a los económicamente débiles se detallaban los límites en pesetas: para el comercio y la industria se fija en 12.000 pesetas/año y para la agricultura de 6.000 pesetas/año, sin tener en cuenta las retribuciones obtenidas por cargas familiares. Dentro de los productores se integrarían los trabajadores del servicio doméstico, los trabajadores a domicilio y los extranjeros residentes en España procedentes de un Estado que reconociera análogos beneficios a los españoles o que admitiera el principio de reciprocidad, este principio siempre se supondría para los ciudadanos iberoamericanos, portugueses y andorranos. Y se excluían a los menores de edad laboral y a los mayores de 65 años, así como a los funcionarios con seguros institucionales que les otorgasen los mismos o superiores beneficios. La afiliación al seguro de enfermedad se realizaría a través del organismo sindical a que pertenecieran. En el último punto tratado en esta primera sesión se planteaba a los ponentes que determinasen, de forma fundamentada, si el seguro debía extenderse a los familiares y, en caso afirmativo, el tipo de prestaciones.

En la segunda sesión, la celebrada el 24 de septiembre, se acordó que «Las prestaciones del seguro de enfermedad deben comprender la asistencia sanitaria y la indemnización que se establezca por la pérdida de salario. Que cubra igualmente el riesgo de maternidad». También se acordó, con carácter transitorio, que el seguro atendiera los gastos de sepelio, mientras «se establece el seguro de muerte». Y, por último, se

recomendaba coordinación entre los servicios sanitarios para la atención de las enfermedades que tuvieran un origen profesional.

En la tercera sesión, la correspondiente al 15 de octubre, en la que no participó Alfonso de la Fuente Chaos, se obtuvieron las conclusiones definitivas de la ponencia, ya detalladas en las sesiones anteriores, con las siguientes peculiaridades: respecto al «Campo de aplicación», la calificación de ‘económicamente débiles’ se encargaba a la regulación reglamentaria de la Ley; también se encargaba a una regulación reglamentaria el régimen de afiliación voluntaria a este seguro. En lo referente a los «Riesgos a cubrir», la asistencia sanitaria que debía prestarse, alcanzaría ‘la máxima amplitud de sus posibilidades’.

Seis días después de concluida esta primera ponencia, el 21 de octubre, el Comisario del Instituto elevó un informe al Director general de Previsión en el que se justificaban y fundamentaban las conclusiones obtenidas. El hecho de que se propusiera posponer la cuantificación de los ‘económicamente débiles’, mediante una regulación reglamentaria, se debía a la dependencia del ‘curso de los precios’ y de otras circunstancias siempre ‘variables’; aunque se calculaba, en esas fechas, que debía entenderse para los ingresos comprendidos entre 10.000 y 12.000 pesetas anuales. Se proponía la afiliación colectiva a través del organismo sindical correspondiente para evitar el ‘peligro’ de que los empresarios y trabajadores hiciesen una selección de riesgos, en perjuicio de la ‘masa general de asegurados’. En este informe jurídico-económico, no se olvidaba de mencionar alguna de las consignas políticas del Régimen: «Fue criterio unánime (...) atemperarse a la terminología utilizada, consecuencia del Glorioso Movimiento Nacional por las legislaciones Sindical y del Trabajo».

#### *Voto particular del Patronato Nacional Antituberculoso*

El médico Bartolomé Benítez Franco dirigió, con fecha de 20 de noviembre de 1941, un informe al Director general de Previsión y presidente de la Comisión para fundamentar su aportación en la primera reunión. Trataba de defender la implantación del seguro de forma gradual; primero, las prestaciones para los enfermos tuberculosos y, mas tarde, se extenderían los beneficios del seguro a otras enfermedades, pues, entendía, entre otros argumentos, que el Fuero del Trabajo encargaba al Gobierno «la implantación previa del seguro antituberculoso»; como conclusión de este informe, Bartolomé Benítez escribía:

«Termino la argumentación de este voto particular solicitando que se acuerde la implantación, tan pronto como sea posible, de la parte referente a tuberculosis, aunque en la propia Ley quede anunciada la extensión del seguro a otras enfermedades, a fin de ir dándole realidad a medida que lo permitan las circunstancias y tras un minucioso estudio, en cada caso, de las posibilidades y repercusiones de su implantación, habida cuenta de todas las cuestiones e intereses afectados»<sup>414</sup>.

Otro de los argumentos aportados para fundamentar su propuesta se derivaba de su desconfianza en obtener la estructura necesaria para atender todos los riesgos de forma inmediata, pues el Decreto que nombraba la Comisión imponía la redacción de un anteproyecto para la «implantación inmediata del seguro». Entendía que, para obtener ese objetivo, sería necesario «un conjunto de servicios tan complejo y desarrollado como jamás se ha conocido en el sistema burocrático de la previsión española» pues, para establecer la estructura que gestionaba en 1941 los escasos seguros obligatorios, se había tardado más de treinta años. Además, exponía un razonamiento personal para convencer de los posibles efectos negativos en la economía nacional y, en consecuencia, defendía la estructura sanitaria existente en ese momento, de carácter privado (igualatorios, sociedades de socorros mutuos, etc.) y de beneficencia, aunque reconocía que «la eficacia de estos servicios es muy desigual», sin embargo, subrayaba que «puede afirmarse, en términos generales, que no existen en la actualidad núcleos importantes de españoles sin asistencia facultativa». Aunque de su informe se deduce que no solo defendía la implantación previa del seguro de tuberculosis, defendía los intereses privados de las organizaciones privadas médicas, trasladando la posible ineficacia del seguro a la resistencia de los profesionales a incluirse en una nueva organización sanitaria:

«Aunque el bien general exija el sacrificio del interés privado de ciertas organizaciones de servicios sanitarios, no por esto despreciables, no puede soslayarse la perturbación del sistema económico y familiar de los interesados cuya psicología no cabe desconocer en nuestro país, en función de su posible resistencia a lo desconocido, y las inherentes a todo periodo transitorio que ha de derivar en complicaciones del ejercicio profesional de la clase médica en momentos de dificultad, impuesta por las circunstancias»<sup>415</sup>.

---

<sup>414</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.1. "Ley del Seguro de Enfermedad. Comisión para redactar el Anteproyecto de Ley. Comentarios a la Ley del S.E. [Seguro de Enfermedad]".

<sup>415</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.1. "Ley del Seguro de Enfermedad. Comisión para redactar el Anteproyecto de Ley. Comentarios a la Ley del S.E. [Seguro de Enfermedad]".

*Conclusiones de la segunda ponencia: prestaciones sanitarias y económicas, y organización del servicio sanitario*

La segunda ponencia fue la designada para estudiar los temas III, «Prestaciones» y V, «Organización del Servicio Sanitario»; quedó integrada por Pablo Martínez Almeida, Bartolomé Benítez Franco, Juan Bosch Marín, Alfonso de la Fuente Chaos, Luis Jordana de Pozas (presidente) y Julio de la Cruz Plaza (secretario); sólo necesitaron una reunión para establecer sus conclusiones, la celebrada el 9 de octubre de 1941.

Dividieron el apartado destinado a «Prestaciones» en dos subapartados: el primero dedicado a detallar las prestaciones sanitarias y, el segundo, a valorar las económicas. En cuanto a las sanitarias, se concluyó que el seguro tendría por objeto realizar la prestación a través de la medicina general y de doce especialidades. De forma específica se recogería la atención derivada de la maternidad, pues se integrarían en este régimen las prestaciones del seguro de maternidad que ya estaba implantado; también se consideraba de forma individualizada la atención derivada de la tuberculosis. En esta asistencia estaría incluida la medicina preventiva, que se llevaría a cabo colaborando con otros seguros y servicios sanitarios.

En principio se preveía un plazo de 26 semanas por año para recibir asistencia sanitaria, aunque podría prorrogarse hasta el año completo si así se decidía por los facultativos, con el visto bueno de la entidad aseguradora. Para los familiares, estos plazos se reducían a la mitad.

Los asegurados tendrían derecho a recibir la asistencia farmacéutica necesaria mientras se prestase la asistencia médica, aunque se concretaba que los farmacéuticos sólo podrían servir los medicamentos incluidos en un 'petitorio', revisable periódicamente. También estaría incluida, entre las prestaciones del seguro, la asistencia hospitalaria «sin que los beneficiarios participen directamente en los gastos que ocasionen» y los servicios de prótesis, baños, etc. Las conclusiones de la ponencia establecían que esta asistencia médico-farmacéutica se debería prestar a los beneficiarios 'sin plazo de espera'.

Para la percepción de las prestaciones económicas por el asegurado, se imponía la condición previa de que éste estuviera «incapacitado para el trabajo» y recibiera la «asistencia sanitaria del seguro» y, además, se exigía un periodo de carencia de, al menos, seis meses. Las prestaciones económicas se abonarían a partir del quinto día desde el comienzo de la enfermedad que, al menos, tuviera una duración mínima de ocho días, con una cuantía correspondiente al cincuenta por ciento del salario y un límite del



setenta y cinco por ciento cuando se acumularan los beneficios de otro seguro social o de carácter privado.

En cuanto a las prestaciones en concepto de maternidad se propuso un descanso obligatorio de las seis semanas posteriores al parto y un derecho a disfrutar un descanso de hasta seis semanas antes del parto, a solicitud de la mujer asegurada. A estas prestaciones por maternidad se propuso un subsidio de lactancia para las mujeres aseguradas y para las mujeres de los asegurados.

Las conclusiones concernientes a la «Organización del servicio sanitario» se dividieron en tres apartados: el servicio médico, el farmacéutico y el hospitalario y de sanatorios.

La organización y responsabilidad del servicio médico se proponía que correspondiesen al Instituto Nacional de Previsión, por ello a este Instituto le competía dictar las normas necesarias para esa organización, aunque bajo la supervisión del Ministerio de Trabajo. El servicio médico que debía proporcionar el seguro se podría concertar, total o parcialmente, con entidades oficiales o privadas «anteriores a 18 de julio de 1936». Los médicos del seguro se seleccionarían, en principio, a través de un concurso, donde constaría como mérito preferente el haber prestado servicios en entidades privadas que funcionaran con anterioridad al 18 de julio de 1936; en el futuro, las vacantes se ocuparían mediante acceso de médicos por concurso-oposición, sin que se considerase como mérito preferente el haber realizado esos servicios previos. A cada médico se le asignarían un número de asegurados, determinado de forma reglamentaria, y recibirían sus retribuciones directamente del seguro. Además de personal médico, el seguro dispondrá de otro personal sanitario, como matronas practicantes, enfermeros, etc.

En las conclusiones obtenidas por la ponencia se preveía el elevado coste de las prestaciones farmacéuticas. Para su regulación se realizaban dos propuestas: que la libertad de prescripción facultativa se debía ajustar a los medicamentos recogidos en un 'petitorio', y que el asegurado debía participar en el coste del medicamento, esta participación se encargaba, también, a una regulación reglamentaria. Para el correcto funcionamiento del seguro, la ponencia proponía un concierto con los Colegios oficiales de farmacéuticos, donde se acordase una tarifa reducida especial para el seguro.

En el último apartado de esta ponencia se describía el servicio hospitalario propuesto. La ponencia era tajante en este asunto, «el seguro debe tener sus hospitales, sanatorios...»; aunque era consciente de lo costoso que sería alcanzar este objetivo, por

ello, mientras tanto, permitiría que el seguro realizara convenios con instituciones privadas o públicas que dispusieran de estos servicios, con la calidad y garantía que estableciese el Instituto Nacional de Previsión. De forma específica se proponía que, para la atención de enfermos tuberculosos, los conciertos necesarios se suscribieran con el Patronato Nacional Antituberculoso.

*Conclusiones de la tercera ponencia: instituciones aseguradoras*

La tercera ponencia fue la designada para estudiar las «Instituciones aseguradoras», quedó integrada por José Gabriel Álvarez Ude, Francisco Astigarraga Luzón, Juan Bosch Marín, José Fernández de la Portilla, Luis Jordana de Pozas (presidente) y Julio de la Cruz Plaza (secretario); se reunieron para redactar sus conclusiones el día 16 de octubre de 1941; en esta reunión acordaron que el seguro de enfermedad debía estar a cargo del Instituto Nacional de Previsión, que actuaría como entidad aseguradora única. La organización y vigilancia del seguro respondería a una estructura centralizada aunque las prestaciones, naturalmente, se realizarían con carácter descentralizado, desde el ámbito territorial. Se propuso la posible utilización de entidades colaboradoras: estas entidades podrían ser cajas de empresa, mutualidades e igualatorios médicos que respondieran a unas condiciones establecidas por las Direcciones generales de Sanidad y de Previsión, siempre que fueran anteriores al 18 de julio de 1936 y, una vez seleccionadas, se sometieran a las normas dictadas por el Instituto Nacional de Previsión y a su actividad inspectora.

*Conclusiones de la cuarta ponencia: recursos económicos y régimen financiero*

Las conclusiones de esta ponencia, en cuya redacción participaron José Gabriel Álvarez Ude, Bartolomé Benítez Franco, Primitivo de la Quintana, Rodrigo Uría González y Fernando Camacho Baños (presidente), se obtuvieron en la reunión celebrada el 9 de octubre de 1941.

En cuanto a los recursos económicos, se proponía una financiación prioritaria a partir de cotizaciones, «por partes iguales», de productores y empresarios. Estas primas estarían en función de los salarios y se fijarían por orden ministerial. Se preveía una «sobre-prima» a cargo del empresario cuando, por no adoptar medidas de seguridad e higiene, «aumentase la frecuencia o la gravedad del riesgo en los productores». En esta

ponencia se recogía, también, la necesaria participación directa del asegurado sólo en el servicio farmacéutico, mediante el pago de parte del precio de los medicamentos. Por último, se recomendaba la coordinación con la sanidad pública para evitar duplicidades en los servicios; para ello, se proponía la creación de una «Comisión de enlace» entre ambos servicios públicos.

En relación con el régimen financiero, se concluía que, «será de reparto simple». Respecto a la forma de liquidación de las primas de empresarios y productores, se proponía que los empresarios, en el momento de abonar los salarios a los trabajadores, descontasen la parte de su cuota y, posteriormente, el empresario añadiera «su parte proporcional» y liquidara el importe total resultante, como único responsable del ingreso. En cuanto a la inversión de los fondos financieros del seguro se proponía el mismo sistema que el regulado para el resto de seguros establecidos; además del inmovilizado para atender a los asegurados, dispondría de dos fondos de reserva: uno para compensar desviaciones normales entre ingresos y gastos y otro para compensar las mismas desviaciones pero «en los casos extraordinarios de epidemias». Estos fondos se nutrirían de los excedentes derivados del cinco por ciento de las cuotas y de los intereses de los propios fondos. Se establecía una cuantía máxima en ambos fondos, siendo la del segundo el doble que la del primero.

Por último, se describía la financiación del Estado mediante las siguientes cinco fuentes: una aportación al capital fundacional; financiación de los gastos de primer establecimiento; tomar a su cargo el importe de las prestaciones del seguro que tengan carácter demográfico; las exenciones tributarias concedidas a los actuales seguros sociales y la franquicia postal; y mediante la cooperación de las instituciones de la sanidad pública, con la debida separación de la beneficencia.

Conclusiones de la quinta ponencia: inspección y jurisdicción

Los componentes que desarrollaron la quinta ponencia, «Inspección» y «Jurisdicción», Francisco Astigarraga Luzón, Pablo Martínez Almeida, José María Sánchez Bordona, Luis Jordana de Pozas (presidente) y Julio de la Cruz Plaza (secretario), se reunieron el 15 de octubre de 1941, para redactar las conclusiones.

Respecto a la inspección del seguro de enfermedad, se propuso que se realizase por los mismos órganos que tenían atribuida la inspección de los demás seguros sociales;

sin embargo, para realizar la inspección sanitaria, se integrarían determinados órganos ya establecidos: la inspección dentro del servicio sanitario quedaría atribuida a los funcionarios médicos que tuvieran a su cargo el servicio, los órganos directivos del seguro ejercerían también una función inspectora sobre el área sanitaria, como sobre cualquier otro área del seguro y la actividad de 'policía sanitaria' se efectuaría por los órganos oficiales ya existentes.

En relación con el tema de la «Jurisdicción», se propuso que las cuestiones de carácter contencioso, en las que se discutiesen derechos reconocidos o no reconocidos, serían de la exclusiva competencia de la Magistratura del Trabajo; las reclamaciones sobre la efectividad y aplicación de las prestaciones sanitarias serían resueltas por los órganos gestores del seguro correspondiente y, en alzada, por la Dirección general de Previsión, aunque su resolución debería tener en cuenta un informe previo, emitido por la autoridad sanitaria competente.

Estas conclusiones se remitieron al Director general de Previsión, el 21 de octubre de 1941, seis días después de celebrada esta reunión.

La sexta ponencia, relativa a «Agricultura», no llegó a redactarse.

#### *Informe del Sindicato Nacional del Seguro*

El 5 de noviembre de 1941, el Jefe nacional de la Delegación nacional de Sindicatos de FET y de las JONS (Sindicato Nacional del Seguro)<sup>416</sup>, José Luís Estrada, remitió al secretario de la Comisión encargada de elaborar el anteproyecto de Ley del seguro de enfermedad, José Ayats, un informe en relación con el anteproyecto de Ley del seguro de enfermedad<sup>417</sup>. Los Sindicatos de FET y JONS eran las únicas organizaciones con personalidad suficiente para la representación y disciplina de los intereses de la producción de los diversos sectores.

---

<sup>416</sup> La Ley de 23 de junio de 1941 sobre clasificación de sindicatos (BOE, 11-VII-1941), establecía que la organización sindical del Movimiento quedaba encuadrada en 24 Sindicatos Nacionales de FET y de las JONS (1. Sindicato Nacional de Cereales, (...), 21. Sindicato Nacional del Seguro, 22. Sindicato Nacional de la Banca y Bolsa, 23. Sindicato Nacional del Espectáculo y 24, Sindicato Nacional de Productos Coloniales). Posteriormente, sendos Decretos de 1 de agosto de 1941 (BOE, 9-VIII-1941) creaban dos nuevos sindicatos: el Sindicato Nacional de la Vid, Cervezas y Bebidas y el de Frutos Secos y Productos Hortícolas.

<sup>417</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.1. "Ley del Seguro de Enfermedad. Comisión para redactar el Anteproyecto de Ley. Comentarios a la Ley del S.E. [Seguro de Enfermedad]".

Una de las razones que apuntaba el Sindicato para la elaboración de este informe era la siguiente:

«Estando integradas en el [Sindicato Nacional del Seguro] las Entidades aseguradoras que actualmente cubren este riesgo con carácter voluntario posee [el Sindicato] la única experiencia que en relación con el mismo se ha obtenido en nuestro país y además le incumbe la defensa de los intereses generales de dichas entidades»<sup>418</sup>.

El informe se dividía en nueve apartados:

1º. Campo de aplicación del seguro: El Sindicato propuso que «El seguro obligatorio deberá incluir a todo asalariado español por cuenta ajena cuyos ingresos no excedan de 8000 pesetas anuales, excluyendo a aquellos a quienes no alcancen los beneficios de la ley de accidentes de trabajo (por ejemplo servicio doméstico; el sirviente lo consideramos formando parte de la familia cuyo cabeza estará incluido o excluido) y fundamentalmente a quienes son independientes en su trabajo. (...) los límites de edad son, como mínimo, los que la legislación marque para poder trabajar y como máximo los que señale el régimen de retiro obrero (...)».

2º. Riesgos que debe cubrir el seguro: Indicaba que se debía proteger la que denominaba «incapacidad de ganancia» por enfermedad.

3º. Prestaciones: El apartado de prestaciones recogía todas las sanitarias posibles y, para el cálculo de la prestación económica, proponía que se efectuase de manera similar al seguro de accidentes de trabajo: «La prestación sanitaria debe ser total, tanto desde el punto de vista médico y quirúrgico como desde el farmacéutico, análisis, radiología, ortopedia, dental, prótesis, baños, etc. y la prestación económica debe seguirse el criterio del actual régimen de seguro de accidentes del trabajo, 3/4 de su jornal con un periodo de carencia de cinco días, abonables si continúa la enfermedad pasados esos cinco días. Durante seis meses».

4º. Instituciones aseguradoras: Proponía la misma estructura que la establecida para asegurar el accidente de trabajo: «Debe ser planeado y desarrollado de una manera análoga a como ha venido practicándose el seguro de accidentes de trabajo, es decir mediante la libre concurrencia de la Caja Nacional y de las Entidades Aseguradores privada».

---

<sup>418</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.1. "Ley del Seguro de Enfermedad. Comisión para redactar el Anteproyecto de Ley. Comentarios a la Ley del S.E. [Seguro de Enfermedad]".

5º. Organización del servicio sanitario: La organización del servicio sanitario se proponía que se efectuase de forma autónoma por cada entidad aseguradora, pues se habían propuesto, de forma mayoritaria, las entidades privadas: «La organización de dichos servicios debe realizarlos cada Entidad aseguradora en la forma que estime mas conveniente y eficaz siendo responsable de su buena organización y funcionamiento ante el Estado. En consecuencia cada entidad elegirá sus médicos».

6º. Recursos económicos: En la financiación del seguro defendía que no participase el obrero. En consecuencia, sólo harían aportaciones los patronos y el Estado: «El actual desnivel entre los precios y los salarios, consecuencia de la guerra, aconseja a nuestro juicio que no se reduzca el salario del obrero por ningún concepto (...) en consecuencia la aportación económica debe ser únicamente patronal (...) y la aportación económica del Estado la concebimos de dos formas: De una parte, construyendo sanatorios y establecimientos clínicos (...). De otra parte, garantizando la viabilidad económica de este seguro».

7º. Inspección del seguro: Se proponía una inspección organizada de forma análoga a la del seguro de accidentes de trabajo.

8º. Régimen para los agricultores: Establecía que no hubiera distinciones entre los obreros de los diferentes sectores, «Debemos expresar nuestra opinión de que no debe diferenciarse al obrero agrícola y al industrial en la protección estatal».

9º. Parados: Para este grupo se proponía que las prestaciones fueran sanitarias y no económicas.

Además, en el informe se incluían unas «consideraciones finales», en ellas se defendía a las entidades privadas y también proponían una implantación paulatina del seguro: primero para la atención de los enfermos tuberculosos y, posteriormente, para el resto de enfermedades crónicas:

«Nos hemos pronunciado por la continuidad de las entidades privadas en la práctica de este seguro, a pesar de su condición de social que sobradamente sabemos se nos recordará, por múltiples razones de distinta índole que a continuación exponemos: En primer término por mantener el precepto ortodoxo, que hoy frecuentemente se olvida, de propugnar y estimular la iniciativa privada; en segundo lugar porque no puede dejar de reconocerse que poseen la experiencia (...) y por último que se aboga por la coexistencia de las Entidades privadas y del propio organismo estatal, con una inspección rigurosa y normas uniformes en la parte técnica. Las ventajas de todo ello traerán consigo una mayor y más rápida difusión del seguro, que es sin duda el objetivo primordial que se busca (...). A comenzar, conforme al ejemplo italiano, por implantar aquella

asistencia de que más necesitados estamos y de la que mayor carencia denota: el seguro obligatorio de tuberculosis, para después de tres años extenderlo a toda enfermedad crónica»<sup>419</sup>.

### 3.5.3. Las reuniones de la Comisión posteriores a la elaboración de las ponencias

#### *Tercera sesión de la Comisión [7-XI-1941]*

La tercera sesión de la Comisión se realizó, en el mismo salón de consejos del Instituto Nacional de Previsión, el 7 de noviembre de 1941, en ella participaron todos los componentes de la Comisión, excepto el secretario titular, que fue sustituido por Julio de la Cruz, al igual que en la sesión anterior.

En esta sesión se informó que se habían recibido en el Ministerio todas las ponencias encargadas, excepto la de «Agricultura». Se reiteró, por el presidente, Francisco Greño, que las prestaciones del seguro no se debían confundir con las de la beneficencia pública. Y se comenzaron a exponer y a debatir las conclusiones de la primera ponencia, relacionadas con el «Campo de aplicación».

En primer lugar, se acordó que el tipo máximo de ingresos para tener derecho a los beneficios del seguro fuera, para la agricultura, de 3.000 pesetas anuales y, para la Industria, de 10.000 pesetas anuales. El texto de la Ley no contendría estos importes y lo encargaría, en su artículo quinto, a una regulación reglamentaria, como había recomendado la ponencia.

También se acordó, por unanimidad, la definición de productores: solamente tendrían esta consideración los que interviniesen con su trabajo, de una manera activa, en un ciclo cualquiera de la producción. Este acuerdo se recogió, de forma literal, en el artículo cuarto de la Ley.

En relación con los colectivos excluidos del campo de aplicación de la Ley, se acordó que, para determinados grupos de funcionarios, la exclusión alcanzara «tanto [a las] prestaciones sanitarias como económicas». Este acuerdo, de forma literal, se recogió en el artículo noveno de la Ley.

Y, por último, en esta sesión se acordó un régimen de afiliación voluntaria al seguro, ésta se haría mediante Decreto, oídos el Instituto Nacional de Previsión, la

---

<sup>419</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.1. «Ley del Seguro de Enfermedad. Comisión para redactar el Anteproyecto de Ley. Comentarios a la Ley del S.E. [Seguro de Enfermedad]».

Dirección General de Sanidad y los organismos sindicales pertinentes. Este acuerdo, también de forma literal, se recogió en el segundo párrafo del artículo tercero de la Ley.

*Cuarta sesión de la Comisión [12-XI-1941]*

La cuarta sesión se celebró el día 12 de noviembre de 1941, en el salón de consejos del Instituto Nacional de Previsión; estuvieron presentes todos los componentes de la Comisión, excepto Primitivo de la Quintana y Juan Bosch Marín; como secretario actuó Julio de la Cruz Plaza, sustituyendo a José Ayats Surribas; también estuvo presente Fernando Camacho Baños.

Se comenzó leyendo las conclusiones del epígrafe «Riesgos que debe cubrir el seguro», contenido en la primera ponencia y se acordó que las prestaciones consistieran en la asistencia sanitaria, en la misma forma que finalmente quedó definida en la Ley, y en la indemnización económica que se establecía para compensar la pérdida de ingresos del productor.

En cuanto al segundo epígrafe, «Prestaciones sanitarias y económicas», se acordó que la palabra ‘enfermedad’, contenida en el ‘seguro de enfermedad’, tuviera un carácter general, pues comprendería también la tuberculosis y la maternidad. Además de medicina general se prestarían las siguientes doce especialidades: cirugía general, otorrinolaringología, oftalmología, puericultura y pediatría, odontología sin prótesis, tocoginecología, urología, pulmón y corazón, dermosifiliografía-venereología, electro-radiología, análisis clínicos y neuropsiquiatría. En el texto final de la Ley no se describirán las especialidades, sólo se hará referencia a ellas de manera general, al incluir que el seguro se prestaría «tanto en los servicios de medicina general como en los de especialidades».

Al examinar el plazo durante el que se podría recibir asistencia médica, Bartolomé Benítez Franco, representante del Patronato Nacional Antituberculoso, insistió nuevamente, como ya lo hizo en la segunda sesión de la Comisión, en que, en primer lugar se debía aprobar una Ley del seguro para la enfermedad de la tuberculosis y, posteriormente, para el resto de enfermedades; esta afirmación la fundamentó en lo largo y costoso del tratamiento de esa enfermedad, que «podría quebrantar la base económica del seguro»; se sumó a esta afirmación el médico José Fernández de Portilla, representante del Consejo General de Colegios de Médicos.



Sin embargo, el representante de la 'Obra Sindical del 18 de Julio', Alfonso de la Fuente Chaos, y el de la Caja Nacional del Seguro de Accidentes del Trabajo, José María Sánchez Bordona, discreparon de esas afirmaciones indicando que había otras muchas enfermedades costosas y de largos tratamientos como el cáncer, las cardiopatías etc. y que todas ellas podían incluirse en el seguro de enfermedad, mas aún cuando se estaba previendo una plazo de 26 semanas para recibir esa asistencia, prorrogable por otras 26. El actuario del Instituto Nacional de Prevision, José G. Álvarez Ude, recordó que la Comisión fue nombrada para redactar un anteproyecto de un seguro de enfermedad completo y eso es lo que debía hacer, su misión no era proponer al Gobierno tan solo un seguro parcial para atender a la tuberculosis. Luis Jordana de Pozas apuntó su propuesta de incluir un plazo de asistencia prorrogable, sin interrupción, para atender cualquier tipo de enfermedad, incluidas las de carácter crónico, aunque, en su opinión, «sí será preciso limitar la asistencia farmacéutica» porque «así lo exige la economía del seguro». Tras esta discusión se acordó que la asistencia médica se prestaría durante un plazo máximo de 26 semanas por año, prorrogable por otras 26 semanas como máximo, a propuesta del facultativo y cuando la entidad aseguradora lo estimase conveniente. El plazo de 26 semanas se recogió en el artículo once de la Ley, sin embargo dejaba al Ministerio de Trabajo el posible acuerdo de ampliación de ese plazo.

También se aprobó que los servicios de prótesis, baños y ortopedia, se prestasen por prescripción facultativa; este acuerdo se recogió, de forma literal, en el artículo catorce de la ley. En cuanto a la prestación del servicio de hospitalización, se decidió el límite de doce semanas por año para los asegurados y de seis para los familiares, aunque prorrogables si así lo estimaban tanto el facultativo como la entidad aseguradora; se acordó que la hospitalización sería obligatoria cuando lo acordara el servicio médico del seguro. Estas conclusiones se recogieron en el artículo trece de la ley, pero matizando que la hospitalización 'sólo' sería obligatoria, tanto para el seguro como para el asegurado, cuando así lo dispusiera el servicio médico del seguro<sup>420</sup>.

Y, por último, se aprobó el plazo de espera para recibir las prestaciones, que se recogía tal como quedó establecido en la ponencia.

---

<sup>420</sup> Como el artículo veintiséis de la Ley ya recogía que la entidad aseguradora única era el Instituto Nacional de Previsión, al referirse, en el artículo trece, a la 'entidad aseguradora' incluyó el nombre del Instituto.

*Quinta sesión de la Comisión [14-XI-1941]*

La siguiente sesión de la Comisión tuvo lugar el 14 de noviembre de 1941, en el habitual salón de consejos del Instituto Nacional de Previsión. Participaron en esta quinta sesión todos los componentes de la Comisión, excepto Rodrigo Uría, Primitivo de la Quintana y Juan Bosch Marín; actuó de secretario Julio de la Cruz Plaza, sustituyendo a José Ayats Surribas.

Es esta sesión se debatieron las prestaciones económicas del seguro, contenidas en la segunda ponencia. El presidente aclaró, en contestación a una pregunta de Bartolomé Benítez Franco, representante del Patronato Nacional Antituberculoso, que las enfermedades profesionales no contenidas en un seguro específico se atenderían en este seguro de enfermedad.

Se aprobó que el servicio médico debería proporcionarlo el seguro; aunque podía concertarlo total o parcialmente con entidades oficiales o privadas, anteriores al 18 de julio de 1936; también se aprobó la posibilidad de que los médicos de estas entidades, al terminar el concierto, tuvieran preferencia para ingresar en el seguro. La Ley, en su artículo veintinueve, recogió la posibilidad de celebrar conciertos, aunque dejó a cargo de la 'Obra Sindical del 18 de Julio' esta decisión. Igualmente, el texto de la Ley incluyó, en su disposición transitoria primera, señaló la preferencia de ingreso en el seguro para los médicos que hubieran prestado atención a los asegurados mediante la figura del concierto, siempre que esas entidades aseguradoras se absorbieran por la 'Obra Sindical del 18 de Julio'. También se aprobó que la remuneración de cada médico debía ser satisfecha directamente por el seguro, señalándose una cantidad fija por cada asegurado asignado. Esta redacción se incluyó en el artículo treinta y uno de la Ley pero cambiando la palabra 'asegurado' por la de 'familia'.

En relación con la prestación farmacéutica, se aprobó que el seguro realizase un convenio con el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España para garantizar el buen servicio por todas las farmacias, con una tarifa reducida especial para el seguro. Si no se llegara a un acuerdo en el plazo de dos meses a partir del comienzo del seguro, le correspondería al Ministerio de Trabajo, una vez oídos la Dirección general de Sanidad y el Instituto Nacional de Previsión, fijar la tarifa obligatoria. En la redacción de este acuerdo, al incluirlo en el texto de la Ley, en su artículo treinta y dos, se añadió que, si no se llegaba a un acuerdo en ese plazo de dos meses, el Instituto Nacional de Previsión

podría establecer farmacias propias; en tal caso, la tarifa obligatoria se aplicaría en las localidades que no hubiere farmacias propias.

Se continuó debatiendo el epígrafe de las «Instituciones aseguradoras» y se aprobó que el seguro podría utilizar, mediante conciertos, la colaboración de cajas de empresas, mutualidades e igualatorios médicos. El acuerdo se trasladó al artículo veintinueve de la Ley, aunque dejó abierta la posibilidad de establecer conciertos a la 'Obra Sindical del 18 de Julio'.

Por último, se debatió la forma de financiación del seguro, Luis Jordana de Pozas entendía que el Estado debía contribuir en esa financiación, pues la implantación del seguro reduciría los gastos de la beneficencia, aunque habría que estudiar la fórmula (capital fundacional, subsidio, aportación periódica, etc.). No estaba totalmente de acuerdo con el fundamento de Luis Jordana, el Subsecretario de Hacienda, Fernando Camacho Baños; en su opinión, la beneficencia era financiada por las Corporaciones locales, pero sí defendía que el Estado debía participar en la financiación del seguro, aunque no convenía cifrar *a priori* el importe. El mismo presidente, Francisco Greño Pozurama, se mostró partidario de que el Estado tomase parte en la financiación del seguro, «el seguro conseguirá desde luego, la mejora de la Sanidad pública logrando la recuperación de muchos trabajadores a sus puestos, con el beneficio consiguiente para la producción y, en definitiva, para el Estado». Por ello se encargó a Luis Jordana que, para ser examinadas en la próxima reunión, definiese diferentes fórmulas de financiación estatal.

#### *Sexta sesión de la comisión [17-XI-1941]*

La sexta reunión de la Comisión se efectuó, como venía siendo habitual, en el salón de consejos del Instituto Nacional de Previsión; tuvo lugar el 17 de noviembre de 1941. Estuvieron presentes todos los componentes de la Comisión, excepto Primitivo de la Quintana y Francisco Astigarraga Luzón<sup>421</sup>; el secretario -como venía siendo norma- fue sustituido por Julio de la Cruz; también participó en esta reunión el Subsecretario de Hacienda, Fernando Camacho Baños.

---

<sup>421</sup> No obstante, su opinión fue defendida por José Fernández de la Portilla, representante del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, quien puso de manifiesto la opinión de Francisco Astigarraga Luzón en relación con la conclusión segunda del servicio farmacéutico, contenido en el epígrafe 'Organización del servicio sanitario'; su postura era también la mantenida por la Dirección General de Sanidad.

Como asunto central de esta sesión se comenzó a debatir el trabajo realizado, por Luis Jordana de Pozas, en relación con los recursos económicos del seguro, que le había sido encomendado en la anterior sesión. El acuerdo alcanzado por la Comisión respecto a la financiación del Estado quedó redactado de la forma siguiente:

«El Estado contribuirá al régimen obligatorio del Seguro de Enfermedad:

1º Con la aportación de un capital fundacional.

2º Con arreglo a los planes anuales formulados por el Instituto Nacional de Previsión y aprobados por el Ministerio de Trabajo.

3º Con las aportaciones actualmente reconocidas en las prestaciones de carácter demográfico.

4º Con las exenciones tributarias concedidas a los actuales Seguros sociales y la franquicia postal que será extendida a todos ellos.

5º Mediante la cooperación de las instituciones de la Sanidad Pública, con la debida separación de las asistidas por la beneficencia y por el seguro»<sup>422</sup>.

Sin embargo, el texto de la Ley no recogió este literal de forma completa, los dos primeros apartados fueron suprimidos. Parece que la Hacienda Pública solo podía participar mediante los conceptos ya asumidos -exenciones tributarias y franquicia postal que ya disfrutaban los seguros sociales vigentes, aportaciones ya reconocidas en las prestaciones de carácter demográfico- y, también, mediante conceptos que no le suponían un incremento del gasto, mas bien una disminución, como la colaboración de las instituciones de la beneficencia pública. Sin embargo, no se consiguió la participación del presupuesto estatal para la aportación de un capital fundacional y, mucho menos, para efectuar transferencias presupuestarias a petición del Instituto Nacional de Previsión, aunque el acuerdo llevara el visto bueno del Ministerio de Trabajo.

También, respecto al régimen financiero, se aprobó la redacción que posteriormente se recogería de forma literal, en el artículo cuarenta y uno de la Ley: las inversiones de los fondos del seguro se regularían por las mismas normas que para el resto de seguros, teniendo en cuenta que el fondo de reserva debía invertirse en valores fácilmente liquidables para su disposición inmediata, si fuera necesario.

Por otro lado, se acordó que el seguro debía disponer de dos fondos de reserva: uno para atender las necesidades ordinarias y otro para las necesidades extraordinarias, y se detallaron la forma de dotación de ambos fondos. Estos acuerdos se recogerían en el texto de la Ley, en toda su extensión, en el artículo cuarenta.

---

<sup>422</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.1. "Ley del Seguro de Enfermedad. Comisión para redactar el Anteproyecto de Ley. Comentarios a la Ley del S.E. [Seguro de Enfermedad]".

Se determinó, en esta misma sesión, la forma en que habría de llevarse a cabo la inspección del seguro, repartiendo las competencias inspectoras de los servicios sanitarios entre los facultativos que ejercieran estas facultades dentro de las instituciones sanitarias, el Instituto Nacional de Previsión y los órganos oficiales de sanidad. Este acuerdo se recoge en el texto del artículo cuarenta y cuatro de la Ley.

En relación con la actividad inspectora del seguro, Bartolomé Benítez Franco, representante del Patronato Nacional Antituberculoso, realiza una apreciación que, aún hoy, con un sistema de seguridad social perfeccionado, no se ha conseguido rectificar: el beneficio fraudulento de las prestaciones por incapacidad temporal. La inspección, señalaba, «es del mayor interés para el éxito del mismo, ya que en una gran parte depende de la psicología de los médicos, los cuales fácilmente se inclinan, por consideraciones de amistad o por sentimentalismo, a prolongar la enfermedad de los beneficiarios con un daño manifiesto en la economía del seguro». Como entendía que el control de esa asistencia sanitaria se debía realizar por médicos dependientes de una institución diferente a la del Instituto Nacional de Previsión, propuso que se ocuparan de ella los médicos del Patronato Nacional Antituberculoso, pues éste disponía «en cada una de las provincias españolas del correspondiente dispensario con el personal médico especializado». Dado que la implantación del seguro de tuberculosis antes que el seguro de enfermedad no era posible, Bartolomé Benítez optó por defender los intereses de los médicos del Patronato, tratando de asignarles competencias propias y distintas a las de los médicos del seguro.

Respecto al epígrafe destinado a la «Jurisdicción», la Comisión decidió que las cuestiones de carácter contencioso, en las que se discutiesen derechos, serían competencia de la Magistratura del Trabajo; cuando estos litigios se refieran a la efectividad y aplicación de las prestaciones sanitarias, se resolverían por los organismos gestores del seguro y, en alzada, por la Dirección General de Previsión. Ambos acuerdos se contendrían, respectivamente, en los artículos cuarenta y seis, y cuarenta y siete de la Ley.

En esta misma sesión se encargó al actuario José G. Álvarez Ude, la redacción de un párrafo que limitase la duración de la indemnización económica, dentro de un año, para una o varias enfermedades, este párrafo se examinaría en una próxima reunión.

Por último, el presidente de la Comisión recordó que faltaba por redactar la ponencia dedicada a la «Agricultura», subordinada a las ya redactadas, e indicó que en la

próxima reunión se distribuirían las conclusiones aprobadas, con las modificaciones introducidas<sup>423</sup>.

#### *Séptima sesión de la Comisión [26-XI-1941]*

La séptima sesión de la Comisión se realizó en el salón de consejos del Instituto Nacional de Previsión, tuvo lugar el 26 de noviembre de 1941; asistieron a ella, además del presidente de la Comisión y del Subsecretario de Hacienda, el resto de sus componentes, excepto José G. Álvarez Ude, actuario del Instituto, Juan Bosch Marín, representante de la Obra Maternal e Infantil, y Primitivo de la Quintana, consejero del Instituto; en sustitución del secretario titular actuó Julio de la Cruz.

Una vez obtenidas las conclusiones definitivas de las distintas ponencias, se analizó si podrían ser de aplicación para la agricultura o, por el contrario, convenía regular un régimen diferente para este sector.

#### *Primer anteproyecto de Ley*

El primer anteproyecto de Ley terminó de redactarse el 21 de febrero de 1942. En el capítulo dedicado al «Campo de aplicación», estuvieron recogidos «todos los productores económicamente débiles», incluyendo los «productores del sector de la agricultura»; en él se recogieron todas las conclusiones obtenidas por la Comisión, comentadas en los apartados anteriores, con las siguientes variaciones:

- Se dejaba a una posterior regulación reglamentaria la forma de computar las rentas.
- Se detallaba que la afiliación de los productores por cuenta ajena debía efectuarse por los empresarios -los servidores domésticos, lo serían por el cabeza de familia-. Y la de los autónomos se realizaría a través del organismo sindical correspondiente.

---

<sup>423</sup> Las conclusiones aprobadas hasta este momento por la Comisión se refundieron, en un solo texto, el 19 de noviembre de 1941; estas conclusiones se estructuraron en los nueve capítulos ya detallados: I. Campo de aplicación; II. Riesgos a cubrir; III. Prestaciones; IV. Instituciones aseguradoras; V. Organización del servicio sanitario; VI. Recursos económicos; VII. Régimen financiero; VIII. Inspección del seguro y IX. Jurisdicción.

- Se exceptuaban los productores que ya disfrutaran de un subsidio de vejez o invalidez, cuando en las conclusiones solo se exceptuaban los productores de más de 65 años.

En el capítulo dedicado a las «Prestaciones», se recogieron todas las conclusiones obtenidas por la Comisión, con las siguientes variaciones:

- En las conclusiones se contenía que, cuando falleciera el productor y mientras no se implantase el seguro de invalidez y muerte, a los familiares se les entregaría una cantidad en efectivo para gastos funerarios. Sin embargo, en el proyecto se contenía que esta indemnización se pagaría cuando el fallecido no tuviese otro seguro que cubriera la misma contingencia y, además, establecía la cuantía en «veinte veces la retribución con arreglo a la cual hubiera cotizado por última vez» y, si hubiera sobrante una vez descontados los gastos de sepelio, se le abonaría a los familiares que conviviesen con el asegurado.

- Las indemnizaciones del seguro no podrían ser objeto de retención, cesión, ni embargo.

En el capítulo dedicado a la «Organización del servicio sanitario», se respetaron todas las conclusiones obtenidas por la Comisión.

En el apartado dedicado a los «Recursos económicos» se recogieron las conclusiones de la Comisión, con las siguientes variaciones:

- Se establecieron otras fuentes de financiación, además de las cuotas y las aportaciones del Estado; en concreto: las subvenciones, donativos y legados y las rentas de los bienes propios del seguro.

- Se determinaba que las cuantías de las primas, proporcionales a las rentas del trabajo, se fijarían por orden ministerial.

- Se establecía que la responsabilidad del ingreso de las cuotas de los productores 'por cuenta propia' le correspondía a éstos.

- También se fijaba en un año la prescripción del derecho al cobro de las primas.

- Respecto al control económico del seguro, en las conclusiones se recogía, de forma literal, que «los controles financiero y actuarial se practicarán como los de los demás Seguros Sociales». Y, sin embargo, en el primer anteproyecto no se especificaban los tipos de controles, al recogerse que, «el INP formulará los balances del Seguro en las mismas fechas, con iguales periodos, que en los demás seguros sociales y su aprobación y revisión serán ejercidas por las mismas normas que para éstos».

En el capítulo dedicado a la «Inspección del Seguro» se recogieron todas las conclusiones obtenidas por la Comisión.

Y, por último, en el capítulo dedicado a «Jurisdicción y sanciones», se adicionaron las sanciones, pues, en las conclusiones obtenidas por la Comisión, sólo se recogían los aspectos jurisdiccionales. Estas sanciones se detallarían en una posterior regulación reglamentaria. La jurisdicción era fiel reflejo de la contenida en las conclusiones de la Comisión.

#### *Octava sesión de la Comisión [3-III-1942]*

La octava sesión de la Comisión se efectuó en la sala de juntas del piso principal del Instituto Nacional de Previsión, tuvo lugar el 3 de marzo de 1942; a esta sesión asistieron todos los miembros de la Comisión, excepto Rodrigo Uría, Francisco Astigarraga Luzón, José Fernández de la Portilla y Juan Bosch Marín; actuó como secretario Julio de la Cruz Plaza, sustituyendo a José Ayats Surribas.

En esta octava sesión se leyó el anteproyecto redactado el 21 de febrero de 1942. Bartolomé Benítez Franco volvió a intervenir para describir, nuevamente, su desconfianza en la aplicación del seguro de forma total e inmediata; y aprovechó esta sesión para que se atendiera una nueva propuesta: la de no incluir a los trabajadores de las empresas que tuvieran similar protección a través de sociedades privadas, además de no incluir a los funcionarios que ya disfrutaran de algún tipo de previsión con prestaciones iguales o mejores que las contenidas en la futura Ley. Su propuesta no era realmente nueva, insistía en una aplicación no total, o lo que era lo mismo, no a todos los productores; teniendo en cuenta que eran muchas las empresas que prestaban estos servicios a sus trabajadores, sobre todo las grandes industrias. El presidente, Francisco Greño, insistió en que el plazo transitorio de dos años, contenido en el anteproyecto para llevarlo a efecto de una manera general, era suficiente, aunque no dudaba en que, para su perfeccionamiento, necesitaría de un plazo mayor. En cuanto a la forma de llevar a cabo esa implantación, el presidente indicó que se redactaría un informe para el Gobierno, exponiendo el «procedimiento más ventajoso».

Por último, se dio una copia del anteproyecto a todos los asistentes para que formularan observaciones y las remitieran al Ministerio, antes de transcurridos siete días.



*Novena sesión de la Comisión [30-IV-1942]*

La última sesión de la Comisión encargada de redactar el anteproyecto del seguro obligatorio de enfermedad se desarrolló el día 30 de abril de 1942, en la sala de juntas del piso principal del Instituto; a esta sesión asistieron todos componentes de la Comisión, excepto José Fernández de la Portilla que delegó su voto en Francisco Astigarraga Luzón y Juan Bosch Marín; actuó de secretario Julio de la Cruz Plaza.

En esta sesión debía obtenerse un acuerdo definitivo sobre el anteproyecto de la Ley para remitirlo al Ministerio quien, después de examinarlo, realizaría los ajustes necesarios para ultimar la redacción del proyecto de Ley.

Cinco de los componentes de la Comisión plantearon votos particulares: Francisco Astigarraga Luzón, José Fernández de la Portilla, Bartolomé Benítez Franco, Alfonso de la Fuente Chaos y Primitivo de la Quintana; sin embargo, solo dos de ellos implicaban variaciones sustanciales del anteproyecto.

El voto particular de Primitivo de la Quintana se refería a la redacción de los artículos 29, 31 y 36, con la que no estaba de acuerdo. En cuanto al artículo 29, entendía que el servicio médico del seguro se debía desarrollar según un plan de instalaciones elaborado por la Comisión de enlace entre el seguro y sanidad. En relación con el artículo 31, proponía la preferencia de los médicos de asistencia pública domiciliaria y que, en el medio rural, se tuviera presente la existencia de los Centros de Higiene Rural, alrededor de los cuales se podrían agrupar los servicios del seguro. Y, en lo referente al artículo 36, defendía un concierto con el Patronato Nacional Antituberculoso para la atención de los beneficiarios a causa de esta enfermedad.

Se alcanzó un acuerdo respecto a la redacción del artículo 29, respetando, en parte, la propuesta de Primitivo de la Quintana, el cual quedó, en consecuencia, redactado de la siguiente forma: «El servicio médico del Seguro, será organizado por el Instituto Nacional de Previsión con arreglo al plan general de instalaciones y desenvolvimiento, así como a las normas generales de funcionamiento elaboradas por la Comisión de Enlace, creada en el artículo 28».

No obstante, ese acuerdo alcanzado no lo fue por unanimidad; Alfonso de la Fuente Chaos, representante de la 'Obra Sindical del 18 de Julio', había planteado su voto particular en base al contenido de este artículo; él defendía que el servicio médico del

seguro debía ser organizado por la 'Obra Sindical del 18 de Julio' y no por el Instituto Nacional de Previsión. Y siguió manteniendo esta propuesta en su voto particular.

Lo contenido en este artículo 29 del anteproyecto quedaría recogido en la Ley en el texto de su artículo 28, pero describiendo la composición de la Comisión; ésta estaría presidida por el Subsecretario de Trabajo, que podría delegar en el Director General de Previsión, y en ella estarían representadas la Dirección General de Sanidad, la Delegación Nacional de Sindicatos de FET y de las JONS y el Instituto Nacional de Previsión.

En cuanto a la propuesta de modificación del artículo 31, se alcanzó un acuerdo para respetar la preferencia de los médicos de la sanidad pública domiciliaria. En concreto, la redacción del artículo quedó como sigue: «La designación de médicos del seguro será hecha al implantarse éste, por concurso en el cual serán méritos preferentes los servicios prestados con nombramiento anterior al 18 de julio de 1936 en entidades privadas, que practiquen el seguro de enfermedad, y en poblaciones rurales los prestados por los médicos de asistencia pública domiciliaria. Las vacantes que hayan de ser provistas posteriormente lo serán con arreglo a las normas que dicte el Reglamento». Esta redacción se recogió en el texto de la disposición transitoria primera de la Ley, pero añadiendo la adscripción de los componentes del tribunal que debían resolver el concurso; en concreto: un representante de la Dirección General de Sanidad, otro de la Delegación de Sanidad de FET y de las JONS, otro del Instituto Nacional de Previsión, otro de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid, otro del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos y dos representantes de la 'Obra Sindical del 18 de Julio'; nuevamente Falange Española cobraba mayor representación. También se concedía preferencia, por una sola vez, a los médicos de entidades aseguradoras que, habiendo hecho un concierto de acuerdo con esta Ley, fueran absorbidos por la 'Obra Sindical del 18 de Julio'.

En cuanto al contenido del artículo 36, Primitivo de la Quintana proponía que el texto de la Ley incluyera, de forma expresa, el hecho de que la atención a enfermos tuberculosos se hiciera por el Patronato Nacional Antituberculoso, mediante la suscripción del oportuno concierto; Bartolomé Benítez Franco, naturalmente, defendió esta propuesta. Sin embargo, el resto de la Comisión propuso que la redacción del anteproyecto sólo recogiera una posible coordinación asistencial; por ello, el párrafo de este artículo del anteproyecto quedó redactado de la siguiente forma: «En el caso de los enfermos

tuberculosos, el seguro coordinará su asistencia con el Organismo Oficial de la lucha Antituberculosa».

Por último, a propuesta de Francisco Astigarraga Luzón, se modificó la disposición transitoria segunda del anteproyecto, para incluir que el Reglamento de ejecución de la Ley se elaborase por una Comisión en la que estuviera representada la Dirección General de Sanidad; este párrafo se recogió, de forma literal, en el texto de la ley.

Tras esta propuesta se dieron por concluidos los trabajos de la Comisión redactora del anteproyecto; éste se remitió al Ministerio de Trabajo, anexando los votos particulares que se mantenían.

#### **3.5.4. El anteproyecto de la Ley del seguro obligatorio de enfermedad**

El anteproyecto definitivo de la Ley fue redactado el 4 de mayo de 1942; siguió el texto propuesto por la Comisión, pero introdujo las siguientes variaciones:

- Los límites para considerar productores «débiles económicamente» se trasladaba a una posterior regulación reglamentaria.
- Se concretaba que los familiares (hermanos) serían beneficiarios si eran menores de 18 años o incapacitados permanentes para el trabajo.
- En cuanto a la indemnización por fallecimiento, se eliminó la distinción entre gastos de sepelio y resto de la indemnización.
- Se establecía que el servicio médico del seguro se organizase por el Instituto Nacional de Previsión, con arreglo a un plan de instalaciones y desenvolvimiento y de otras normas generales elaboradas por la Comisión de enlace<sup>424</sup>.
- Se incrementa la prescripción de derechos a tres años, en lugar de uno solo.

#### **3.6. La Comisión para el examen y estudio del anteproyecto de Ley del seguro obligatorio de enfermedad**

Mediante una Orden del Ministerio de Trabajo, de fecha 28 de octubre de 1942 (BOE, 6-XI-1942), se constituyó otra Comisión para el «examen y estudio» del

---

<sup>424</sup> Esta Comisión de enlace, que se recogió en el artículo 28 de la Ley, se reguló mediante una Orden de febrero de 1943, dictada por el Ministro de Trabajo. Estaría compuesta por cuatro representantes de la Dirección General de Sanidad, otros cuatro de la Delegación Nacional de Sindicatos de Falange y cuatro más del Instituto Nacional de Previsión, bajo la presidencia del Subsecretario de Trabajo que podría delegar en el Director general de Previsión.

anteproyecto de Ley sobre el seguro de enfermedad; esta nueva Comisión actuaría sobre al anteproyecto redactado por la anterior. En la exposición de motivos de esta Orden de octubre de 1942 se justificaba su constitución basándose en que la primera Comisión había realizado los «trabajos preliminares» y, ahora, había que completar ese estudio iniciado y efectuar la redacción definitiva.

En su articulado primero recogía que, el examen y estudio se efectuaría sobre el anteproyecto elaborado por la anterior Comisión, que ya había sido sometido a la consideración del Ministerio; además, de acuerdo con su artículo tercero, se haría cargo de los antecedentes que habían servido de base para el estudio del proyecto elaborado por la Comisión creada en el anterior año.

La nueva Comisión estuvo presidida por Esteban Pérez González, Subsecretario del Ministerio de Trabajo; actuaron como vocales: Luis Jordana de Pozas, Comisario del Instituto Nacional de Previsión; Buenaventura José Castro Rial, Inspector general, Jefe de la Inspección de Entidades Aseguradoras e Instituciones de Previsión, encargado de la Dirección General de Previsión; Jesús Rivero Meneses, Subcomisario del Instituto Nacional de Previsión quien, en 1938, ya había sido designado como vocal del Consejo del Instituto, a propuesta de Falange Española; Alfonso de la Fuente Chaos, Jefe de la 'Obra Sindical del 18 de Julio'; Primitivo de la Quintana, Inspector Provincial de Sanidad; Sebastian Criado del Rey, Secretario Nacional de Excombatientes, nombrado vocal del Consejo del Instituto Nacional de Previsión en junio de 1941, por decisión del ministro José Antonio Girón; y José G. Álvarez Ude, Jefe del servicio matemático del Instituto Nacional de Previsión; actuó como secretario: Francisco Martínez-Orozco Martí, Jefe de la Sección de Seguros Sociales<sup>425</sup>.

Como vemos, esta nueva Comisión era prácticamente dependiente del Ministerio de Trabajo; estaba presidida por el Subsecretario del Ministerio y uno de los vocales, Buenaventura J. Castro Rial, era el encargado de la Dirección General de Previsión; la prensa de la época, al recoger la noticia de la designación de Buenaventura Castro como Procurador en Cortes por la Delegación Nacional de Sindicatos, le calificó «de bien conocida reputación doctrinal. Camisa vieja»<sup>426</sup>.

---

<sup>425</sup> [EDITORIAL. INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN]. "Seguros sociales. Seguro de Enfermedad. Nueva Comisión". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 2(11): 47. Madrid, 1942.

<sup>426</sup> ABC, 3-XI-1942 (cf. pág. 8).

El Subsecretario, Esteban Pérez González, también pertenecía a Falange y sus ideas políticas se reflejaron, entre otros, en un discurso pronunciado el 29 de abril de 1942, en la constitución de la Comisión recopiladora y refundidora de la legislación social:

«Aspiramos y conseguiremos la unidad, libertad y grandeza de España mediante la doctrina nacional-sindicalista, que se encuentra en marcha, porque es un movimiento y no un programa, y se asienta, como decía José Antonio, en dos principios básicos: la idea nacional de la Patria y la de la justicia social. En relación con el principio de la justicia social, hemos de tener en cuenta los extremos contenidos en los puntos 6º y 7º de la Declaración Fundacional de la Falange, y los 8º, 10º, 11º, 12º, 13º, 14º, 15º, y 16º de la misma Declaración, además de los contenidos en el Fuero del Trabajo, verdadera constitución social del nuevo Estado»<sup>427</sup>.

Además, formaban parte de la Comisión para el examen y estudio del anteproyecto, tres figuras clave del Instituto Nacional de Previsión: el Comisario, el Subcomisario y el Actuario-matemático, que ya habían participado en la elaboración del anteproyecto de la Ley. Como el Instituto era un organismo dependiente del Ministerio de Trabajo, el peso de la representación de 'Sanidad' había descendido de forma clara, tan sólo formaba parte de ella un vocal vinculado a esta materia: el Inspector Provincial de Sanidad de Madrid. A este grupo se unieron, el jefe de la 'Obra Sindical del 18 de Julio', también relacionado con el Ministerio de Trabajo, con un importantísimo papel en la prestación 'en especie' del seguro, pues parte de los servicios médicos se realizarían a través de ese organismo sindical, y el Secretario Nacional de Excombatientes, vinculado al ministro Girón que, una vez implantado el seguro, sería nombrado Director de la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad.

El seguro de enfermedad, organizado y gestionado dentro del Ministerio de Trabajo, tenía autonomía respecto de la Sanidad Nacional, encuadrada en el Ministerio de la Gobernación. Dos años más tarde, se aprobó la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944, con objeto de coordinar todas las actuaciones sanitarias del Estado, pero uno de sus principales impulsores, José Alberto Palanca Martínez-Fortún, reconoció su fracaso:

«Desgraciadamente, después de aprobada la Ley por las Cortes del Reino. Salvo el Ministerio de Gobernación, los restantes departamentos ministeriales procedieron como si no existiese, haciendo lo que les parecía conveniente»<sup>428</sup>.

<sup>427</sup> [EDITORIAL. INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN]. "Ministerio de Trabajo. Comisión de la Legislación social". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 2(4): 78-81. Madrid, 1942 (cf. pág. 78).

<sup>428</sup> José Alberto PALANCA Y MARTÍNEZ-FORTÚN. *Discurso correspondiente a la apertura del curso académico 1958-1959*. Madrid: Universidad Central [Imprenta Estades], 1958 (cf. págs. 54-57). Un análisis en Pedro MARSET CAMPOS, José Miguel SÁEZ GÓMEZ, Fernando MARTÍNEZ NAVARRO. "La salud pública durante el franquismo". *Dynamis*, 15: 211-250. Granada, 1995 (cf. pág. 238).

La primera sesión de la nueva Comisión tuvo lugar el 26 de octubre de 1942, dos días antes de que fuera firmada la Orden Ministerial que habría de crearla; en ella, Primitivo de la Quintana, Inspector Provincial de Sanidad –único vinculado a Sanidad– comentó su desacuerdo con las retribuciones de los médicos contenidas en el artículo 34 del proyecto; entendía que podían perfeccionarse, diferenciando la asignación «para que sea en unos casos superior a otros», teniendo en cuenta la densidad de la población y demás circunstancias que pueda determinar el Reglamento. Sebastián Criado propuso, entonces, un sistema mixto de retribución: uno, de la forma que establece el proyecto y, otro, por medio de sueldos y asistencias. Luis Jordana de Pozas defendió la redacción del artículo acordado por unanimidad por los representantes de la profesión médica presentes en la anterior Comisión.

Por otro lado, a iniciativa de Jose G. Álvarez Ude, se propuso suprimir el artículo 43 del proyecto, relacionado con el suministro de medicamentos. También se comentan los votos particulares de la anterior Comisión (Bartolomé Benítez, José Fernández de la Portilla y Alfonso de la Fuente Chaos) aunque, para ambas cuestiones, se pospone su resolución para próximas reuniones.

La segunda sesión tuvo lugar el 28 de octubre de 1942, su asunto central era debatir la supresión del artículo 43 del borrador del proyecto, relacionado con el suministro de medicamentos; pero, ante la falta de acuerdo, y tras un intenso debate, se pospone su resolución para nuevas reuniones.

La tercera sesión de esta Comisión tuvo lugar el 4 de noviembre de 1942; en ella se revisó todo el articulado del proyecto de la Ley: se aprobó el artículo 1; se modificó el último párrafo del artículo 2, para que «quede de modo mas concreto que el seguro de enfermedad ha de colaborar con otros servicios sanitarios de carácter publico, en atención de la medicina preventiva»; se aceptó la redacción propuesta de los artículos 3 a 8; y el artículo 9 se modificó, suprimiendo las excepciones contempladas en el texto primigenio del proyecto de Ley.

La siguiente sesión tuvo lugar el 9 de noviembre de 1942; en ella se discutió la prestación del servicio médico por la 'Obra Sindical del 18 de Julio', tesis defendida por Alfonso de la Fuente Chaos, pero el Subsecretario, Esteban Pérez González, apuntó que el Fuero del Trabajo, en su Declaración XI «defiende y respeta de forma fundamental la iniciativa privada».

Primitivo de la Quintana apoyó la propuesta de que el servicio médico se prestase por la 'Obra Sindical del 18 de Julio', pero no con el carácter de exclusividad, «pues España tiene otros servicios sanitarios oficiales que los puede utilizar el Seguro de enfermedad previo el oportuno concierto». Alfonso de la Fuente Chaos se opuso a esta propuesta manteniendo que «no se puede admitir que la organización de estos servicios se realice por el Estado, pues equivaldría a practicar la socialización de la medicina, contrariamente al espíritu político del nuevo Estado. El Estado debe reservarse los servicios de beneficencia pura y que los que ahora prestan las entidades privadas deben pasar al seguro sin que quepa la interferencia del Estado»; además, añadió que «la ventaja de la asistencia sanitaria de la 'Obra Sindical del 18 de Julio' es el mejoramiento de la escala social de los enfermos y no puede admitirse que instalaciones previstas para enfermos de la beneficencia sean también utilizadas por los asegurados que adquieren mediante la aportación de cuotas de derecho a unos servicios mejorados». En consecuencia, se propuso que Luis Jordana redactara nuevamente este artículo para su debate en próximas reuniones.

El 12 de noviembre se efectuó una nueva reunión de la Comisión; en ella se aprobó el artículo 28 del proyecto legislativo, con la reserva formulada por Primitivo de la Quintana, y los artículos 29 y 10-17 -con pequeñas modificaciones en el texto de los artículos 10 y 13-.

La última sesión de la Comisión tuvo lugar el 17 de noviembre de 1942; en ella se modificaron los artículos 18, 19 y 21; se aprobaron los artículos 22, 23 y 24, y se alteró ligeramente el 25. En la misma sesión se examinó el artículo 35, que sufrió cambios en su redacción, de modo que quedase claro que el Instituto Nacional de Previsión suscribiría con el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España, un convenio para el servicio de las prestaciones sanitarias correspondientes. En esta misma sesión se suprimieron los artículos 36 y 37 del proyecto, por entender que su contenido debía quedar recogido en un Reglamento legislativo; en el artículo 38 se modificó la palabra 'productor' por la de 'trabajador'.

Del trabajo efectuado por esta Comisión se obtuvo el proyecto que se convirtió en la Ley del seguro obligatorio de enfermedad, el 14 de diciembre de 1942 (BOE, 27-XII-1942).

Dos meses más tarde, Alfonso de la Fuente Chaos, en una conferencia impartida en la Facultad de Medicina de Madrid, explicaba el proyecto defendido por Falange y

rebatía las opiniones contrarias a sus planteamientos de determinados sectores de la profesión médica.

### **3.7. La Comisión de enlace para elaborar las normas de funcionamiento del servicio médico del seguro de enfermedad**

Mediante Orden de 11 de febrero de 1943 del Ministerio de Trabajo (*BOE*, 17-II-1943), se creó una Comisión destinada a elaborar las normas generales del funcionamiento del servicio médico del seguro de enfermedad, en base a lo contenido en el artículo 28 de la Ley del seguro que, además, sería la encargada de elaborar un plan nacional de instalaciones y desenvolvimiento del servicio médico del seguro.

Esta Comisión estuvo integrada por representantes de la Dirección General de Sanidad, de la Delegación Nacional de Sindicatos de FET y de las JONS y del propio Instituto Nacional de Previsión, bajo la presidencia del Subsecretario de Trabajo, el cual podría delegar en el Director General de Previsión. Su artículo primero establece su estructura: presidida por el Subsecretario de Trabajo, contaba con doce vocales: cuatro designados por la Dirección General de Sanidad, otros cuatro por la Delegación Nacional de Sindicatos de FET y JONS y, los cuatro restantes, designados por el Instituto Nacional de Previsión. En el artículo segundo de esta Orden –con el que ésta finalizaba- establecía las competencias del Instituto Nacional de Previsión para organizar el servicio médico del seguro de enfermedad, de acuerdo con las normas que elaborase la propia Comisión.

En base al mencionado artículo primero, la Dirección General de Sanidad designó a los médicos: Laureano Olivares, José Estella y Bermúdez de Castro, Bartolomé Benítez Franco y Francisco Astigarraga Luzón. Por su parte, la Delegación Nacional de Sindicatos designó a los siguientes representantes: Agustín Aznar, Alfonso de la Fuente Chaos, José Gómez Sabugo y José María Barceló Palá.

#### *La ‘Obra Sindical del 18 de Julio’*

La Ley del seguro obligatorio de enfermedad asignó la prestación de los servicios médicos del seguro a la ‘Obra Sindical del 18 de Julio’. La *Obra...*, tuvo su duplicado en los Servicios Sindicales del Seguro Obligatorio de Enfermedad, que recaudaban las cuotas de los empresarios y trabajadores para la cobertura de la asistencia sanitaria. Contaba, además, con la Caja Nacional del Seguro que cubría las zonas y sectores que



las entidades de carácter mercantil no les ofrecía interés por deficitarias. El Consejo Nacional de la 'Obra Sindical del 18 de Julio' creó el seguro libre de enfermedad, del cual se beneficiaron grandes sectores de obreros que estaban sin seguro y en el año 1950 realizó el concierto con las mutuas laborales, cuyos asociados disfrutaron de las condiciones médico-farmacéuticas de la misma forma que lo hacían en el seguro obligatorio de enfermedad.

Antes de describir la 'Obra Sindical del 18 de Julio' es necesario recordar la adscripción de la Organización Sindical Española al partido único, Falange Española Tradicionalista y de las Juntas de Ofensiva Nacional-Sindicalista (FET-JONS). La función sindical era una de las muchas funciones efectuadas por el partido único, que se pueden resumir en las siguientes:

- Organización Sindical Española
- Control de los organismos censores y del aparato propagandístico
- Red de medios de comunicación del Estado
- Frente de Juventudes
- Sección Femenina
- Servicio de información e investigación
- En el ámbito local, suministraba personal político

La Organización Sindical Española se estructuraba en cuatro núcleos fundamentales:

1. Órganos de función económica: sindicatos agrarios, industriales y de servicios.
2. Órganos de función social: obras sindicales (Hogar, Artesanía, Formación profesional, Previsión social, '18 de Julio', Educación y Descanso y Colonización).
3. Órganos técnicos que hacían posible el funcionamiento de los demás órganos: servicios de personal, archivos, incautación de 'bienes marxistas', información, prensa y propaganda, representación sindical en empresas, etc.
4. Órganos políticos de control y dirección de los sindicatos y obras sociales: Centrales Nacional-Sindicalistas (CNS).

Dos Obras Sindicales tuvieron relevancia en la organización del seguro de enfermedad: la de Previsión Social y la de '18 de Julio'.

La Obra Sindical de Previsión Social fue creada, en agosto de 1941, para colaborar en la realización de los objetivos del Instituto Nacional de Previsión y, además,

para fomentar y dirigir las mutualidades de sindicato o empresa<sup>429</sup>. Según recogía la primera Circular de la *Obra...* (la 156 de las Circulares sindicales), eran fines concretos de esta Obra Sindical, a realizar a través de sus Delegaciones provinciales:

«a) *La protección del asegurado sindical en materia de Previsión*, para lo cual tendrá que facilitar los pagos del Instituto, de gestionar los cobros sin complicaciones burocráticas para el interesado y de instruirle en sus derechos y deberes, poniéndose a su servicio para la formalización adecuada y rápida de sus deseos y obligaciones; b) *De incrementar el seguro obligatorio*, mediante una propaganda y vigilancia...; c) *Las inversiones sociales*, dedicándose a orientar cuidadosamente a las entidades de carácter social que deseen obtener créditos del INP, mediante un asesoramiento prudente, en la preparación de sus solicitudes, y d) *El fomento y apoyo económico de Mutualidades voluntarias*, como medio auxiliar para mejorar las condiciones de vida de nuestros productores»<sup>430</sup>.

Respecto a la 'Obra Sindical del 18 de Julio', sus centros asistenciales estaban destinados a atender a los asegurados del seguro obligatorio de enfermedad, del seguro libre y de los montepíos laborales. Además de la prestación de los servicios médicos del seguro obligatorio, la 'Obra Sindical del 18 de Julio' organizó un seguro libre de enfermedad del que se beneficiarían los obreros que no tenían protección por otro medio. Y, mas tarde, el Decreto de 23 de agosto de 1957 (BOE, 19-IX-1957) autorizó a la Delegación Nacional de Sindicatos para que constituyera una Caja de empresa de ámbito nacional a través de la mencionada 'Obra Sindical del 18 de Julio', con objeto de facilitar las prestaciones del seguro obligatorio de enfermedad al personal de la propia organización sindical.

Para esa atención sanitaria, la 'Obra Sindical del 18 de Julio' contaba con tres tipos de centros: policlínicas, sanatorios y consultorios, además de efectuar las prestaciones farmacéuticas necesarias. Se financiaba con recursos provenientes de las cuotas de los productores y con otras ayudas de la organización sindical que se destinaba a la adquisición y mejora de centros sanitarios. En cuanto a las cifras de medios personales sanitarios y de asegurados, el departamento de propaganda de la Jefatura Nacional de la Obra Sindical, en el año 1951, detallaba los siguientes:

<sup>429</sup> «El Secretario nacional sindical, con fecha 14 de agosto, dirigió una comunicación al Sr. Comisario del Instituto [Nacional de Previsión] dando cuenta de la creación de la Obra Sindical de Previsión Social y de haber sido nombrada Jefe para dirigirla la camarada Mercedes Sanz Bachiller, que forma parte del Consejo del Instituto» ([EDITORIAL. INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN], "Sindicatos. Obra Sindical de Previsión Social". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 1(7/8): 108. Madrid, 1941).

<sup>430</sup> [EDITORIAL. INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN]. "Sindicatos. Obra Sindical de Previsión Social". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 1(7/8): 108. Madrid, 1941.

«Los servicios de un cuerpo sanitario de 3.000 médicos, 2.400 practicantes y numerosas enfermeras y matronas, además de la eficacísima colaboración de las Religiosas Hermanas de la Caridad. Este numeroso y escogido personal se halla encuadrado en la Obra Sindical “18 de Julio” para poder asistir, con todas las garantías adecuadas a la importancia de su misión humanitaria, a los 775.000 asegurados y 1.862.000 beneficiarios del SOE que, por libre elección, han preferido adscribirse a los servicios de la Obra Sindical “18 de Julio” a través de los servicios sindicales del seguro de enfermedad»<sup>431</sup>.

El doctor Azcona, secretario técnico de la ‘Obra Sindical del 18 de Julio, en la *Revista médico-social de la Delegación Nacional de Sanidad de FET y JONS*, correspondiente al mes de septiembre de 1942, ensalzaba la labor de la Obra..., reflejo de la cara bondadosa del partido único:

«Por voluntad del Caudillo, la Falange, a través de la Obra Sindical ‘18 de julio’, lleva la asistencia médica a todos los trabajadores de España (...) ya no es solamente patrimonio de las familias acaudaladas el poder ir a los más perfectos servicios médicos. Los Maternólogos de la Obra se preocupan de cuidar a las madres y las aconsejan para el perfecto desarrollo del niño dentro del claustro materno y durante la infancia.

Los médicos de Zona (médicos de cabecera) vigilan constantemente la salud de las familias de los productores y las ponen en contacto con los más perfectos medios de diagnóstico a través de los Centros de la Obra. Éstos no están como hasta ahora, únicamente en los grandes núcleos de población, condenando a los trabajadores de las aldeas apartadas a quedarse sin la debida asistencia o a gastarse el jornal de muchos días de trabajo para poder desplazarse a la capital donde los pudiera ver un especialista: los médicos de estos lugares tienen a su alcance, en los Centros rurales de la Obra, los medios necesarios. (...) son muchas las provincias que tienen Centros rurales en construcción [centros comarcales], y algunos ya funcionando»<sup>432</sup>.

### **3.8. Intensificación de la previsión privada de forma paralela al desarrollo de la previsión pública: la Ley de mutualidades de 1941 y el mutualismo laboral**

Durante el franquismo, y respecto a la previsión privada de la prestación sanitaria, se siguen manteniendo, incluso fomentando, las mutualidades; por ello, se les da una nueva regulación, mediante una ley específica, la Ley de mutualidades de 1941; esta intensificación asociativa se basaba en ciertos postulados de la Iglesia católica y del

<sup>431</sup> JEFATURA NACIONAL DE LA OBRA SINDICAL ‘18 DE JULIO’. 1951. *La Obra Sindical ‘18 de julio’ nos ofrece...* Madrid: Departamento de Propaganda de la Jefatura Nacional de la Obra Sindical ‘18 de julio’ / Servicios Sindicales del Seguro de Enfermedad, 1951 (cf. pág. 22).

<sup>432</sup> [EDITORIAL. INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN]. “Sindicatos. Obra Sindical ‘18 de Julio’”. *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 2(10): 77-80. Madrid, 1942 (cf. pág. 77).

ideario falangista. Baldomero Cerdá lo resalta, en un texto publicado en 1943, haciendo referencia, por un lado, a los postulados de la *Rerum Novarum*:

«En todas las pequeñas poblaciones han sido los sacerdotes y los afiliados a la Acción Católica quienes han organizado las Sociedades de Socorros Mutuos y se han preocupado de que protectores de ellas sean los patronos de la localidad. Este modo de actuar responde precisamente a uno de los postulados de (...) [dicha] religión (...). La *Rerum Novarum*, dice: "Débese con gran diligencia prever que al obrero en ningún tiempo le falte abundancia de trabajo y que haya subsidios suficientes para socorrer la necesidad de cada uno, no sólo en los accidentes repentinos y fortuitos de la industria, sino también cuando la enfermedad o la vejez u otra desgracia pese sobre alguno"»<sup>433</sup>.

Y, por otro lado, recoge un extracto de un artículo publicado en el semanario *Arriba* donde se preconizaba el asociacionismo mutualista sin ánimo de lucro, basado en el 'punto quinte' del ideario falangista:

«En el semanario *Arriba*, [se publica] con fecha 4 de julio de 1936, un artículo titulado *La Mutualidad Nacionalista*. En este trabajo, se expone de una manera clara y concreta cómo debe ser desarrollada la política de asistencia sanitaria. Para ello considera el articulista necesario crear Agrupaciones Mutualistas, para cubrir las necesidades sanitarias de los afiliados y simpatizantes. Y en estas mutuas en las que podrán ingresar todos los afiliados a Falange, no existirán privilegios de ninguna especie, porque todos los inscritos gozarán de iguales derechos y obligaciones; no existirá la idea de lucro, sino la de proporcionar a todos los camaradas cuanto precisen para su curación y auxilio de los familiares durante su enfermedad. Es decir, que propugnaban en este artículo por la constitución de Mutualidades Médico-Farmacéuticas (...).

Así, el punto 15 de ese Ideario [programático falangista] decía que, 'mientras no se llegue a la nueva estructura total, mantendremos e intensificaremos todas las ventajas proporcionadas al obrero por las vigentes Leyes Sociales'»<sup>434</sup>.

Este apartado del programa no solo se estaba refiriendo a la previsión privada proporcionada por las mutualidades, sino que generaliza sobre todas las leyes sociales; también preveía la intensificación de los seguros sociales, como así se produjo durante este período. De nuevo Baldomero Cerdá recuerda el carácter prioritario de las cuestiones relacionadas con la previsión en los congresos de Falange, sobre todo para los trabajadores del campo. Las conclusiones obtenidas en estos congresos sirvieron de base para organizar los servicios de previsión en los sindicatos:

<sup>433</sup> Baldomero CERDÁ Y RICHARD. *Historia y doctrina del mutualismo*. Barcelona: Bosch, 1943 (cf. págs. 151-152).

<sup>434</sup> Baldomero CERDÁ Y RICHARD. *Op. cit. ut supra*, cf. pág. 67.

«Falange Española Tradicionalista y de las J.O.N.S. celebra varios Congresos, y en ellos se preocupa con gran interés de las cuestiones que afectan a la previsión. Se discuten temas sobre Seguros Sociales y sobre Mutualidades y muy especialmente con relación al campo, y establecen conclusiones para que sirvan de base de organización a los Servicios de Previsión a crear dentro de los diferentes sindicatos. Las C.N.S. [Centrales Nacional Sindicalistas] de las diferentes poblaciones (...) cuidan del fomento del mutualismo hasta que la (...) Ley sobre Mutualidad regule el funcionamiento de las instituciones existentes»<sup>435</sup>.

Antes de la publicación de la Ley de mutualidades, el Ministerio de Trabajo, reconociendo la importancia que tenía el objetivo perseguido por los montepíos y mutualidades y el gran número de ellos existentes en España, fundó, en diciembre de 1940, adscrita a la Dirección General de Previsión, una sección denominada «Montepíos y Mutualidades», encargada de la aprobación, funcionamiento, fomento y vigilancia de estas entidades<sup>436</sup> y del registro de «todas las asociaciones de esta clase que cumplan cualquier fin de previsión». Posteriormente se publicó la Orden de 1 de enero de 1941 (BOE, 15-I-1941) con objeto de que todas las entidades de este tipo remitieran la documentación que ahora se les requería y, a su vez, solicitaba a cada Gobierno Civil el registro que de estas entidades habían elaborado, atendiendo a lo contenido en la Ley de 30 de junio de 1887, para así centralizar todos sus datos en la Dirección General de Previsión.

Según la Ley de 6 de diciembre de 1941 (BOE, 16-XII-1941) se consideraban mutualidades o montepíos las asociaciones que, sin ánimo de lucro, ejercieran una modalidad de previsión de carácter social o benéfico, encaminada a proteger a sus asociados o a sus bienes, contra circunstancias o acontecimientos de carácter fortuito y previsible a los que estuvieran expuestos, mediante aportaciones directas de los asociados o procedentes de otras entidades o personas protectoras. Quedaban excluidas de los preceptos de esta Ley las entidades de tipo mutualista que ejercieran un seguro de carácter distinto al de previsión social; éstas estarían sometidas a la Ley reguladora de las sociedades de seguros de 14 de mayo de 1908. La Ley incluso exigía que en la denominación de estas mutualidades se incluyera la palabra «previsión» o «cualquiera otras expresivas de la finalidad benéfica o social» que las caracterizaba. También excluía las mutualidades aseguradoras de accidentes de trabajo que se regulaban por su legislación específica.

---

<sup>435</sup> Baldomero CERDÁ Y RICHARD. *Op. cit. ut supra*, cf. págs. 158-159.

<sup>436</sup> Orden de 4 de diciembre de 1940 (BOE, 8-XII-1940).

Además de la finalidad de obtener o no un lucro, Baldomero Cerdá caracterizaba a estas mutualidades como aquellas, en las que los socios eran a la vez asegurados y aseguradores:

«La principal diferencia que existe entre la Mutualidad y las Empresas de Seguros consiste en que en las Sociedades de Seguros los asegurados no forman parte de la Sociedad Aseguradora, siendo ésta la responsable; mientras que en las Mutualidades, los socios son a la vez asegurados y aseguradores»<sup>437</sup>.

Francisco Javier Maldonado Molina recoge el testimonio de Enrique Valenzuela en el que define esta Ley como de 'carácter intermedio', pues se trata de una previsión privada voluntaria, no pública como el seguro social, pero sin ánimo de lucro como el seguro mercantil, y con una regulación legal que favorece el control público de sus prestaciones:

« [Siempre se ha] predicado su naturaleza intermedia entre el Seguro Mercantil y la Seguridad Social obligatoria»<sup>438</sup>.

Esta Ley sólo comprendía a las entidades que gestionaban el seguro voluntario, a veces complementario del social obligatorio, aunque muchas veces se trataba del único seguro posible, al no haberse organizado la previsión pública:

«El mutualismo libre, llamado así por oposición al forzoso, encargado de gestionar los seguros sociales obligatorios. Se trataba de incluir a las Entidades cuya finalidad era articular la previsión social de aquellos colectivos a los que todavía no se habían extendido los seguros sociales obligatorios»<sup>439</sup>.

Así, en el artículo cuarto de la Ley de 1941, se recogía el carácter complementario de protección de estas entidades respecto a los seguros sociales obligatorios; entendía que las prestaciones de estas entidades serían totalmente independientes de los beneficios que pudieran corresponder a sus asociados por consecuencia de los seguros obligatorios establecidos por el Estado y compatibles con éstos, salvo disposición expresa del Ministerio de Trabajo que los declarase sustitutivos.

En su texto introductorio, la Ley exponía los motivos que dieron lugar a su aprobación:

---

<sup>437</sup> Baldomero CERDÁ Y RICHARD. *Historia y doctrina del mutualismo*. Barcelona: Bosch, 1943 (cf. pág. 156).

<sup>438</sup> Francisco Javier MALDONADO MOLINA. *Las mutualidades de previsión social como entidades aseguradoras*. Granada: Editorial Comares, 2001 (cf. pág. 50).

<sup>439</sup> Francisco Javier MALDONADO MOLINA. *Op. cit ut supra*, cf. pág. 81.

«... el espíritu previsor en el campo del seguro social privado se ha desarrollado y alcanzado tal volumen, que llega a significar una partida muy considerable de la economía nacional y representa esfuerzos y esperanzas de las clases modestas que, en muchas ocasiones por no existir la adecuada formación entre el buen deseo y el acierto técnico en el cálculo y en la interpretación, o por causas administrativas, suelen producir defraudaciones morales (...). La concurrencia de tales circunstancias obliga al nuevo Estado a intervenir en el campo de la previsión del seguro social de carácter privado, reglamentando y vigilando, tanto en el desenvolvimiento administrativo como técnico»<sup>440</sup>.

Aunque de esta exposición de motivos pudiera desprenderse que se establecía tan solo un control de tipo técnico, en realidad existirá un control absoluto sobre estas entidades, propio del 'Nuevo Régimen'. En primer lugar, en su artículo séptimo, se obligaba a comunicar al Ministerio de Trabajo la designación de los consejeros, directores, gerentes, juntas directivas o de gobierno; pues ese Ministerio podía ejercer el derecho de veto. Posteriormente, en el año 1943, se aprobó el Reglamento de aplicación de la Ley<sup>441</sup>, en él se concretaba aún más esa intervención. Por ejemplo, en su artículo 28 se establecía que, para la inscripción en el registro correspondiente de la Dirección General de Previsión, la entidad debía cursar un ejemplar de los Estatutos a la Delegación Nacional de Sindicatos para que informara, la Obra Sindical de Previsión Social y el Sindicato Nacional de Seguros, sobre los aspectos políticos sociales y técnicos de la entidad; y, en su artículo 19 se regulaba que, «las reuniones de las Juntas o Asambleas Generales en los Montepíos o Mutualidades debían ser notificadas a la Obra Sindical de Previsión Social para que, si lo estimaba necesario, asistiera un representante que pusiera en conocimiento de la Jefatura Provincial los acuerdos que, a su juicio, fueran contrarios al espíritu del Movimiento»; asimismo, en el artículo 33 se establecía que podrían constituirse federaciones de esta clase de entidades, tuteladas en el aspecto político-social por la Organización Sindical de Previsión Social, siendo obligatorio el ingreso en ésta de todos los montepíos y mutualidades autorizados para actuar en cada provincia.

Para valorar el alcance y sometimiento a ese control político, hay que recordar dónde se encontraba encuadrada la Organización Sindical de Previsión Social; para ello, basta acudir a la Ley de 8 de agosto de 1939 (BOE, 9-VIII-1939), que estructura de nuevo la Administración del Estado; en su artículo sexto establecía que, «El Ministerio de Trabajo comprenderá las Direcciones Generales de Trabajo, (...). Pasarán a depender del Servicio

---

<sup>440</sup> Ley de 6 de diciembre de 1941 (BOE, 16-XII-1941)

<sup>441</sup> Decreto de 2 de mayo de 1943 (BOE, 10-VI-1943).

de Sindicatos de la Falange Española Tradicionalista y de las JONS todos los asuntos relacionados con las actividades sindicales».

También puede dar una idea del nivel de control ejercido por el Sindicato, el 'carácter radical' de su dirigente, Gerardo Salvador Merino; Fernando Celestino Rey lo define con nitidez:

«En fecha 9 de septiembre de 1939, fue nombrado al frente de la Delegación de Sindicatos el falangista Gerardo Salvador Merino hombre afín a Serrano Suñer. Su labor al frente de los Sindicatos Verticales estuvo teñida de una gran radicalidad Nacional-Sindicalista»<sup>442</sup>.

Por ello, esta 'dependencia' de la Obra Sindical de Previsión Social para la autorización y funcionamiento de las mutualidades resulta, a todas luces, decisiva.

En cuanto a la estructura de la Ley de mutualidades de 1941 cabe señalar que tan solo constaba de doce artículos y dos disposiciones transitorias, por lo que se trataba de una ley general. Javier Maldonado Molina entiende que la Ley denominaba a estas sociedades como 'mutualidades', en vez de utilizar su tradicional denominación, de 'sociedades de socorros mutuos', porque el mayor desarrollo de los socorros mutuos se había producido cuando iban unidos al apogeo del asociacionismo obrero o sindicalismo libre, además de indicar que el carácter voluntario del nuevo mutualismo no siempre se producía pues, con carácter general, los Colegios profesionales establecieron mutualidades de afiliación obligatoria:

«Pese a que en la mayoría de las ocasiones constituían el único Sistema de Previsión, no se estableció un régimen de obligatoriedad; sin embargo, al amparo de su autonomía (art. 2º) numerosas Entidades, especialmente las vinculadas a Colegios Profesionales, declararon que la adscripción sería obligatoria.

Llama la atención que esta Normativa no utilice la tradicional expresión "Sociedad de Socorros Mutuos", al contrario de lo que hacía la Ley de 22 de marzo de 1934 y el Anteproyecto propuesto en 1922. Posiblemente, esta omisión se deba a que, las S.S.M. [Sociedades de Socorros Mutuos] aparecían muy vinculadas al Seguro Mutuo realizado por los obreros, siendo la institución que desde el siglo XIX les ha posibilitado articular las 'sociedades de resistencia'»<sup>443</sup>.

---

<sup>442</sup> Fernando CELESTINO REY. "Estadística y Falangismo". En: Jesús Santos del Cerro, Marta García Secades (coords.). *Historia de la probabilidad y la estadística (III)* [Jornadas de Historia de la Estadística y de la Probabilidad (3)]: 291-300. Madrid: Asociación de Historia de la Estadística y de la Probabilidad de España / Delta Publicaciones Universitarias, 2006 (cf. pág. 294).

<sup>443</sup> Francisco Javier MALDONADO MOLINA. *Las mutualidades de previsión social como entidades aseguradoras*. Granada: Editorial Comares, 2001 (cf. pág. 48).



En el artículo segundo de la Ley de mutualidades se establecía que estas asociaciones serían clasificadas y registradas en el Ministerio de Trabajo. Esta clasificación se efectuaría de conformidad con lo establecido en el artículo 12 del Reglamento, atendiendo a los riesgos que podían cubrir; con lo que, como recuerda Francisco Javier Maldonado, estos riesgos estaban tasados, aunque de forma indirecta. Si bien, lo más interesante es que esta tasación de riesgos se estableció de forma coordinada con los seguros sociales públicos, pues las mutualidades podrían efectuar una actividad de colaboración o de sustitución:

«Indirectamente, señaló tanto los riesgos que podían asegurar como las prestaciones a otorgar, que en ocasiones aparecían relacionadas con el régimen de los Seguros Sociales que estaban llamados a gestionar»<sup>444</sup>.

En concreto, en la Ley de 14 de diciembre de 1942, mediante la cual se implantó el seguro obligatorio de enfermedad, se preveía un régimen de conciertos del Instituto Nacional de Previsión con estas Mutualidades, que se desarrolló mediante el Decreto de 2 de marzo de 1944 (*BOE*, 16-III-1944), ya que muchas de estas mutualidades tenían por objeto el seguro de enfermedad.

En el mencionado artículo 12 del Reglamento de mutualidades, en su apartado segundo, se detallaba respecto a este seguro que, «las Mutualidades e Igualatorios que tengan por objeto el Seguro de Enfermedad, tanto si lo practican combinado con el apartado anterior [muerte y supervivencia] como si se concreta a facilitar a los beneficiarios subsidios económicos o asistencia facultativa, cualquiera que sea su extensión, o consista en ambas clases de prestaciones, si bien las de carácter económico, en cada caso concreto, no se satisfarán por un plazo superior al señalado en los Estatutos y Reglamentos».

Balduino Cerdá recuerda, en relación con la prestación farmacéutica del seguro de enfermedad organizado por estas mutualidades que, ya en 1914, se les denegó la facultad de instalar farmacias propias para dispensar medicamentos a sus asociados y al público en general:

«Por lo que se refiere a las Mutualidades de Asistencia Médico-Farmacéutica, la R. O. de 1914 les denegó la facultad de instalar Farmacias de su propiedad con derecho a expender medicamentos a sus asociados y al público en general»<sup>445</sup>.

<sup>444</sup> Francisco Javier MALDONADO MOLINA. *Op. cit. ut supra*, cf. pág. 49.

<sup>445</sup> Balduino CERDÁ Y RICHART. *Historia y doctrina del mutualismo*. Barcelona: Bosch, 1943 (cf. pág. 200).

Es evidente que esa petición de farmacias propias respondía al conocimiento del importante volumen de gasto que generaría la prestación farmacéutica para la mutualidad.

### *El mutualismo laboral*

En el último párrafo del artículo segundo de la Ley de mutualidades de 1941 se preveían las mutualidades de empresa: «podrán constituirse por los particulares y por toda clase de Entidades y Empresas; pero, en estos casos, la personalidad jurídica de la Mutualidad o Montepío habrá de ser totalmente independiente de aquellas». Esta necesaria personalidad jurídica, independiente de las empresas, provocó su institucionalización; para ello se creó el Servicio Especial de Mutualidades y Montepíos Laborales; así lo aprecia Francisco Javier Maldonado:

«Al poco tiempo de promulgarse la Ley de Mutualidades, aquellas Mutualidades y Montepíos de Empresa empiezan a deslindarse e institucionalizarse, creándose en 1946 el Servicio Especial de Mutualidades y Montepíos Laborales (Orden de 24 de octubre de 1946)»<sup>446</sup>.

Este autor analiza las causas que provocaron el nacimiento del mutualismo laboral, en realidad se trataba de un mutualismo complementario a los seguros sociales públicos debido a que éstos tenían una situación de cierta debilidad económica, reflejo de la situación del país:

«Para situar las causas que provocaron el nacimiento del Mutualismo Laboral hay que partir de la confluencia de una serie de circunstancias político-sociales que se podrían reconducir bajo la idea de 'intervencionismo ministerial sobre la protección social'. La coartada técnico-económica venía dada por el fracaso del Mutualismo voluntario de la Ley de 1941, y, sobre todo, por la insuficiencia de las prestaciones de los Seguros Sociales. Frente a otras alternativas posibles (potenciación y revitalización de los Seguros Sociales existentes, aumentando las cuantías de sus prestaciones y eliminando los topes de rentas) se optó por acudir a la vieja idea de protección mutualista pero "renovada" (en realidad, desnaturalizada por su carácter obligatorio a partir de 1954), creando un Organismo bajo el control directo del Ministerio, complementario de los Seguros Sociales gestionados por el I.N.P. [Instituto Nacional de Previsión]»<sup>447</sup>.

---

<sup>446</sup> Francisco Javier MALDONADO MOLINA. *Las mutualidades de previsión social como entidades aseguradoras*. Granada: Editorial Comares, 2001 (cf. pág. 58).

<sup>447</sup> Francisco Javier MALDONADO MOLINA. *Op. cit. nota ut supra*, cf. págs. 82-83.

Este mutualismo complementario voluntario, en sus inicios, se convirtió en un mutualismo obligatorio para ciertos sectores productivos, después de una década de funcionamiento de la ley de mutualidades.

Carme Molinero indica el 'reparto' de competencias, respecto a la regulación y control de la actividad laboral, entre la Organización Sindical y el Ministerio de Trabajo. Las condiciones de trabajo, en las que estaba incluida la previsión, se fijarían de forma privativa por el Ministerio, atendiendo a lo contenido en la Ley de reglamentaciones del trabajo de 1942:

«En los primeros años de la postguerra se elaboró y promulgó la Legislación Laboral básica, que determinaría las nuevas relaciones laborales, y, en buena medida, las condiciones de vida de los trabajadores durante el primer 'ventenio' de la Dictadura. Efectivamente, si la Organización Sindical se ocupó, fundamentalmente, del encuadramiento y del control de los trabajadores, la Legislación Laboral franquista aseguró su absoluta incapacidad para intervenir en la fijación de las condiciones de trabajo y su subordinación a los propietarios. La Ley de Reglamentaciones del Trabajo, promulgada en octubre de 1942, pero que confirmaba Normas y prácticas anteriores, en sustitución de la Ley republicana de Jurados Mixtos, estableció que la fijación de las condiciones de trabajo era función privativa del Estado que se '*ejercitará sin delegación posible por el departamento ministerial de Trabajo*'.

En las reglamentaciones de trabajo se fijaban las condiciones básicas reguladoras de las relaciones entre los empresarios y los trabajadores»<sup>448</sup>.

José Antonio Girón de Velasco, responsable de la redacción definitiva de la Ley de reglamentaciones del trabajo, en su condición de Ministro de Trabajo, defendía la autoridad del Estado, también en la fijación de las condiciones laborales:

«Esta Ley reafirma la autoridad indiscutible del Estado en todo lo referente a las condiciones de dignidad, eficacia y disciplina que han de cumplir los españoles en su deber de trabajar, y dicta Normas sencillas y terminantes para que se tengan en cuenta las aspiraciones de la actividad productora y las necesidades más altas de la economía»<sup>449</sup>.

Al regularse en las reglamentaciones laborales la previsión de los trabajadores, e indicar que ésta se efectuaría a través de mutualidades, se daban los primeros pasos para que se independizaran de la normativa contenida en la Ley de mutualidades, de tal forma que, en 1954, se las dota de un régimen específico, mediante la publicación del Decreto de 10 de agosto de 1954 que regularía las denominadas, a partir de entonces,

<sup>448</sup> Carme MOLINERO. *Productores disciplinados y minorías subversivas: clase obrera y conflictividad laboral en la España Franquista*. Madrid: Siglo XXI, 1998 (cf. págs. 12-13).

<sup>449</sup> José Antonio GIRÓN DE VELASCO. *Dos años de actuación al frente del Ministerio de Trabajo (mayo 1941-1943)*. Madrid: Ediciones de la Vicesecretaría de Educación Nacional, 1943 (cf. pág. 91).

“mutualidades laborales”, pues se organizaban bajo un criterio profesional o en el ámbito de una empresa. Estas mutualidades laborales llegarían a ser una modalidad de seguros sociales, según indica Francisco Javier Maldonado Molina:

«Las reglamentaciones nacionales de trabajo solían instrumentar sus disposiciones sobre previsión social por medio de Mutualidades; de tal manera que, aunque todavía conservaban numerosos puntos de conexión con las Entidades reguladas en la Ley de 1941, se van ‘independizando’. La delimitación definitiva se produce en 1954, año en que se las dota de un régimen específico (el Decreto de 10 de agosto de 1954), quedando, en consecuencia, al margen de la Ley de Mutualidades de 1941, debiendo emplear una nueva denominación específica: ‘Mutualidades Laborales’. Estas Mutualidades solían organizarse bajo un criterio profesional (Mutualidad Laboral de Panadería, Mutualidad Laboral de Hostelería...), con ámbito nacional, interprovincial o provincial (designadas, por lo común, con el nombre de ‘Mutualidades laborales’); en otros casos se circunscribían al ámbito de una Empresa denominándose Caja de Previsión Laboral o Empresa (Caja de Previsión Laboral de la Empresa Alter, S. A, Caja de Previsión Laboral del Banco de Bilbao...), o simplemente Mutualidad Laboral o de Empresa (Mutualidad Laboral de Galerías Preciados, Mutualidad Laboral Metro-Madrid...) (...).

A partir de entonces, no solo quedan al margen de la Ley de 1941; sino que van perdiendo su carácter mutualista, del que conservan solo la apariencia. Las Mutualidades Laborales van a ser no tanto una especie inédita de las Mutualidades y Montepíos tradicionales, cuanto una modalidad de los Seguros Sociales, por más que se declara la aplicación subsidiaria de la Ley de 1941 y de su Reglamento»<sup>450</sup>.

Desde el punto de vista de la previsión, como ejemplo del desarrollo normativo de la mencionada Ley de reglamentaciones laborales, se puede citar la Orden de 10 de febrero de 1943 (BOE, 14-II-1943) por la que se aprobó la Reglamentación del trabajo en la ‘Compañía Metropolitano de Madrid, S.A’. En su artículo 52 se recogía el derecho de los trabajadores de esta Compañía a la prestación sanitaria, de acuerdo con las características establecidas en el Reglamento de la Caja de Previsión: «todo el personal de plantilla tendría derecho a disfrutar, en caso de enfermedad, de los beneficios de asistencia médico-farmacéutica; incluso operaciones quirúrgicas y los específicos necesarios en la forma que rige en la actualidad». Mediante la disposición final de esta Orden, se derogaban las Bases de Trabajo de 17 de marzo de 1933.

Francisco Javier Maldonado indica que, con la creación del Servicio de Mutualidades Laborales, integrado en la estructura del Ministerio de Trabajo, se aumentará el protagonismo de este Ministerio en la actividad previsora, respecto al Instituto Nacional de Previsión y a los sindicatos oficiales, a la vez que se difundía por el

<sup>450</sup> José Antonio GIRÓN DE VELASCO. *Dos años de actuación al frente del Ministerio de Trabajo (mayo 1941-1943)*. Madrid: Ediciones de la Vicesecretaría de Educación Nacional, 1943 (cf. págs. 59-60).

régimen franquista una imagen socio-laboral organizada. También apunta que el mutualismo laboral se basaba en la protección mutualista que hacía bastantes siglos era ofrecida por los gremios, pero ahora con una estructura gestora insertada en la Administración pública:

«En cualquier caso, las Mutualidades tenían el propósito de reforzar el protagonismo del Ministerio de Trabajo en detrimento del tradicional control del I.N.P. y los sindicatos oficiales. Igualmente, eran exponente de la concepción armónica de la sociedad del Régimen franquista, con una estructura basada en oficios (rememorando la organización gremial); dentro de los cuales, los trabajadores mutualistas, cualquiera que fuese su categoría, ostentaban la condición de asegurados y aseguradores de los demás (...). La creación, en 1946, del Servicio de Mutualidades Laborales, dependiente de la Dirección General de Previsión, supondría un fuerte empuje a la actividad mutualista. Para el cumplimiento de sus funciones, estaba dotado de un Cuerpo de Funcionarios Técnicos, y se estructuraba en el ámbito provincial, bajo la dirección de un Delegado, de nombramiento Ministerial»<sup>451</sup>.

Mediante el Decreto de 12 de diciembre de 1952 (*BOE*, 7-I-1953), a propuesta del Ministro de Trabajo, José Antonio Girón de Velasco, se autoriza a los montepíos y mutualidades laborales a solicitar la calificación de entidades colaboradoras del seguro de enfermedad, con el fin de otorgar las prestaciones propias del seguro, quedaban sometidos, a todos los efectos, al régimen previsto para las entidades colaboradoras.

---

<sup>451</sup> Francisco Javier MALDONADO MOLINA. *Op. cit. nota ut supra, cf. pág. 87.*

## CAPÍTULO 4

### La Ley del seguro obligatorio de enfermedad y su reglamento de desarrollo

#### 4.1. La aprobación de la Ley del seguro obligatorio de enfermedad de 1942

La última sesión de la Comisión nombrada para el examen y estudio del anteproyecto de la Ley del seguro obligatorio de enfermedad se efectuó el 17 de noviembre de 1942; el proyecto ultimado en esa reunión se convirtió en la Ley del seguro, que fue promulgada por el Jefe del Estado el 14 de diciembre de 1942 (*BOE*, 27-XII-1942), sin seguir una tramitación en las Cortes españolas, aunque, en esa fecha, ya se había aprobado la Ley de Cortes.

La Ley que creaba las Cortes Españolas se aprobó, por Francisco Franco, el 17 de julio de 1942 (*BOE*, 19-VII-1942); en su preámbulo dejaba clara la capacidad legislativa de las Cortes respecto a la del Jefe del Estado. Esa capacidad de las Cortes la definía como «instrumento de colaboración» de la potestad legisladora del Jefe del Estado, que se mantenía. En realidad, la potestad legislativa del Jefe del Estado continuaba porque seguían vigentes las Leyes que, a raíz de la guerra civil, le asignaron esa capacidad; por lo que en el preámbulo se indicaba que, «continuando en la Jefatura del Estado la suprema potestad de dictar normas jurídicas de carácter general en los términos de las leyes de treinta de enero de mil novecientos treinta y ocho, y ocho de agosto de mil novecientos treinta y nueve».

En las disposiciones finales de la Ley se encargaba a las Cortes que, de acuerdo con el Gobierno, redactaran su Reglamento. El Reglamento provisional de las Cortes Españolas fue aprobado mediante la Ley de 5 de enero de 1943 (*BOE*, 7-I-1943), el presidente de las Cortes se nombra por Decreto de 8 de enero de 1943 (*BOE*, 9-I-1943) y, mediante Decreto de 5 de febrero de 1943 (*BOE*, 7-II-1943), se designan a los Procuradores, según lo establecido en el apartado i) del artículo segundo de la Ley de 17 de julio de 1942. Entre los Consejeros de Falange se nombran a Agustín Aznar Gener, José Luís Arrese, Raimundo Fernández Cuesta, Alfonso de la Fuente Chaos, José

Antonio Girón de Velasco, Pedro González-Bueno Bocos, Ramón Serrano Suñer y un largo etc.

El Decreto de 14 de octubre de 1942 (BOE, 15-X-1942) sobre designación de Procuradores en Cortes representando a los Colegios de Farmacéuticos de España (corrección de errores por el Decreto de 15 de octubre de 1942; BOE, 22-X-1942), realizó la siguiente citación: «se convoca a los Presidentes de los Colegios de Farmacéuticos de España, o a quienes en su defecto corresponda reglamentariamente hacer sus veces, para que a las diez horas del día primero de noviembre se reúnan en el local del Consejo general de Colegios de Farmacéuticos, a fin de proceder a la elección de un representante de dichas corporaciones profesionales».

En base a esa norma, los representantes de los farmacéuticos se eligieron el 1 de noviembre de 1942, en el local del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España, a partir de los representantes de los presidentes de los Colegios de las cincuenta y dos provincias españolas; de la votación salió electo Nazario Díaz López<sup>452</sup>, Inspector General de Farmacia, adscrito a la Dirección General de Sanidad. No fue el único farmacéutico, también fueron electos Procuradores Joaquín Zuazagoitia Azcorra<sup>453</sup>, Vicepresidente del Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España, electo como alcalde del Ayuntamiento de Bilbao; Ramón San Martín Casamada<sup>454</sup>, catedrático de Farmacognosia de la Facultad de Farmacia de

---

<sup>452</sup> Nazario Díaz López (1902-1988), fue inspector farmacéutico municipal en su tierra natal, Lueña (Santander); durante la guerra civil fundó en Burgos la Junta Nacional de Farmacia, actuando de asesor de la Junta Técnica del Estado en los problemas farmacéuticos. Fue miembro del Comité Sindical de Industrias Químico-farmacéuticas, vocal del Consejo General de Colegios de Farmacéuticos, Jefe de los Servicios Farmacéuticos del Estado e Inspector General de Farmacia. Presidió la Mutualidad de Funcionarios de Sanidad y la Comisión Interministerial para la Importación y Exportación de Especialidades Farmacéuticas ([EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA], 1949. "Farmacéuticos, Procuradores en Cortes". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 75: 11. Madrid, 1949; Antonio GONZÁLEZ BUENO. "Díaz López, Nazario". *Diccionario Biográfico Español*, 16: 134-136. Madrid: Real Academia de la Historia, 2010).

<sup>453</sup> Joaquín Zuazagoitia Azcorra (1892-1971), estudió bachillerato en el Instituto de Bilbao y la licenciatura en Farmacia en Madrid y Barcelona. Amplió estudios en la Universidad de Burdeos y en el Instituto Pasteur. Con grandes inquietudes por el arte y la literatura, fue uno de los fundadores del Museo de Arte Moderno. Director del *Diario Español-El Pueblo Vasco* de Bilbao, Alcalde de Bilbao, y como tal, Procurador en Cortes. Presidente del Colegio de Farmacéuticos de Vizcaya, Vicepresidente del Consejo general de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y Consejero del Reino ([EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA], 1949. "Farmacéuticos, Procuradores en Cortes". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 78: 17. Madrid, 1949).

<sup>454</sup> Ramón San Martín Casamada (1910-2006), catedrático de Farmacognosia en la Universidad de Barcelona desde 1942, académico de la Real Academia de Farmacia de Cataluña y de la Real Academia de Medicina de Cataluña; fue uno de los fundadores de la Asociación Nacional de Farmacéuticos de Hospitales Civiles de España (Joan SABATÉ TOBELL. "Necrològica. Prof. Ramón San Martín Casamada. In memoriam (1910-2006)". *Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya*, 22(1): 28-30. Barcelona, 2007).

Barcelona, elegido en su condición de Técnico del Sindicato de Industrias Químicas; Guillermo Sánchez Diezma<sup>455</sup>, Félix Blanco García<sup>456</sup> y Juan José Izquierdo Jiménez<sup>457</sup>, en representación de la Administración Local, respectivamente, de los Ayuntamientos de las provincias de Granada, Palencia y Soria<sup>458</sup>.

Francisco Franco había asumido todos los poderes para la construcción del 'Nuevo Estado', mediante la delegación que efectuó la Junta de Defensa Nacional por el Decreto de 29 de septiembre de 1936 (BOE, 30-IX-1936); además, era Jefe del 'Movimiento Nacional', mediante el denominado 'Decreto de Unificación' de 19 de abril de 1937 (BOE, 20-IV-1937), que había organizado una única formación política legal, Falange Española Tradicionalista y de las Juntas de Ofensiva Nacional-Sindicalista (FET - JONS), que unía los núcleos falangistas y tradicionalistas (carlistas). Posteriormente, mediante la Ley de 30 de enero de 1938 (BOE, 31-I-1938), el Gobierno franquista estableció una nueva organización de la Administración Central, con once Departamentos Ministeriales, cesando en sus funciones la Junta Técnica del Estado con sus Comisiones; esta Ley atribuyó a Francisco Franco los poderes de Jefe del Gobierno y del Estado, confirmados mediante la Ley de 8 de agosto de 1939, que modificaba la organización de la Administración Central. En consecuencia, Franco tenía potestad legislativa, con carácter general.

Como indican Manuel Espadas Burgos y José Luís Comellas, esta potestad legislativa la siguió manteniendo incluso cuando entraron en funcionamiento las Cortes, pudiendo promulgar Leyes directamente, pues aunaba en su figura la de Presidente del Gobierno, Jefe del Estado, Generalísimo de los Ejércitos y Jefe del Movimiento Nacional:

«No obstante las aseveraciones de algunos autores que en aquel entonces afirmaban que, a partir de la Ley constitutiva de las Cortes (17 de agosto [julio] de 1942), *el Caudillo no podía promulgar leyes directamente sin la colaboración de las Cortes* (Álvarez Gendín, Luís Izaga...) opinábamos –también entonces– que le

<sup>455</sup> Guillermo Sánchez-Diezma Carmona (fl. 1927-1943), Alcalde del Ayuntamiento de Pinos Puente (Granada), fue Procurador en las Cortes Españolas por el apartado de Administración Local, en representación de los municipios de la provincia de Granada; presidió el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Granada entre 1927 y 1934; fue académico correspondiente de la Real Academia Nacional de Farmacia.

<sup>456</sup> Félix Blanco García (m. 1983), farmacéutico, ejerció en Carrión de los Condes, cuya alcaldía desempeñó y por la que fue electo Procurador (ABC, 3-XI-1942; cf. pág. 11; ABC, 16-IX-1983, cf. pág. 82)

<sup>457</sup> Juan José Izquierdo Jiménez (fl. 1943-1946), fue alcalde del ayuntamiento de El Burgo de Osma (Soria); representó a los municipios de la provincia de Soria durante las primera legislatura del período franquista.

<sup>458</sup> [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA], "La elección del procurador". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 8: 2. Madrid, 1942.



correspondía todavía la función legislativa, siendo las Cortes un mero instrumento de *colaboración*. Hemos de tener en cuenta –afirmábamos en la época de Franco– que, *después de haber sido creadas las Cortes, el Caudillo, en fecha 22 de octubre de 1945, promulgó la Ley Fundamental del Referéndum y, ello, porque, como en el mismo preámbulo se dice, en uso “de las facultades que le reservan las Leyes de 30 e enero de 1938 y 8 de agosto de 1939, ha creído conveniente instituir la consulta directa a la Nación en referéndum público...”*; y a tenor del artículo 10 de Sucesiones [Ley de 1947] *puede promulgar leyes fundamentales*»<sup>459</sup>.

La primera Ley que recogió alguna disposición relacionada con el seguro obligatorio de enfermedad, y que tuvo tramitación en las Cortes Españolas, fue la de protección a las familias numerosas: la Ley de 13 de diciembre de 1943 (BOE, 16-XII-1943), que el ministro José Antonio Girón de Velasco remitió al Consejo de Ministros el 26 de mayo de 1943 y que, posteriormente, Presidencia trasladó a las Cortes, el 6 de julio del mismo año. El último párrafo del artículo quinto del proyecto, que se integró de forma literal en la Ley, ampliaba el campo de aplicación del seguro obligatorio de enfermedad:

«Asimismo [las familias numerosas] podrán disfrutar de los beneficios del Seguro Obligatorio de Enfermedad, aunque no reúnan los demás requisitos que exija el reglamento complementario de la Ley de aquel Seguro»<sup>460</sup>.

Esta norma estaba en consonancia con la política del régimen para fomentar la natalidad. En ese momento, la Comisión de Trabajo de las Cortes Españolas estaba integrada por procuradores que, o bien se relacionaban con el Instituto Nacional de Previsión, o bien habían formado parte de las diferentes comisiones redactoras del proyecto de Ley del seguro obligatorio de enfermedad, como Severino Aznar Embid, Buenaventura J. Castro Rial, Alfonso de la Fuente Chaos, Luis Jordana de Pozas, Esteban Pérez González o Mercedes Sanz Bachiller<sup>461</sup>.

*Uno de los fines de la aprobación de la Ley del seguro de enfermedad: propaganda del Régimen o ‘la Falange protectora de los humildes’*

Al final del año 1942, los diarios de difusión nacional recogieron la aprobación de la Ley del seguro obligatorio de enfermedad como una noticia de especial importancia para todos los ciudadanos españoles, hispanoamericanos, portugueses y andorranos. El

<sup>459</sup> Manuel ESPADAS BURGOS y José LUÍS COMELLAS. *La época de Franco [Historia General de España y América, 19]*. Madrid: Ediciones Rialp, 1987 (cf. pág. 366).

<sup>460</sup> Artículo 5º. Ley de 13 de diciembre de 1943 (BOE, 16-XII-1943).

<sup>461</sup> [Composición de la Comisión de Trabajo de las Cortes Españolas, 1942-1943]. Archivo del Congreso de los Diputados: Secretaría general, legajo 1299/3.

periódico *ABC*, que incluyó el texto íntegro de la Ley, llamaba la atención de sus lectores calificándola de «importante Ley», titulando, tres días después de su publicación en el *Boletín Oficial del Estado*, lo siguiente:

«TEXTO ÍNTEGRO DE LA IMPORTANTE LEY QUE ESTABLECE EL SEGURO DE ENFERMEDAD: Sus beneficios alcanzarán a los productores cuyas rentas de trabajo no excedan de los límites reglamentarios fijados. Los súbditos hispanoamericanos, portugueses y los andorranos, equiparados a los españoles»<sup>462</sup>.

El *Boletín de Información...* del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España transcribió el texto íntegro de la Ley en su número correspondiente a enero de 1943<sup>463</sup>.



Francisco Franco en el reparto de beneficios del Seguro de Maternidad [1942]

Archivo fotográfico del Instituto Nacional de Previsión

<sup>462</sup> *ABC*, 30-XII-1942 (cf. pág. 11).

<sup>463</sup> “Legislación. Ley de 14 de diciembre de 1942, por la que se crea el seguro obligatorio de enfermedad”. *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 10: 23-30. Madrid, 1942.





Francisco Franco en la concesion de premios del INP [1942]

Archivo fotográfico del Instituto Nacional de Previsión



Francisco Franco entrega los préstamos de nupcialidad [1942]

Archivo fotográfico del Instituto Nacional de Previsión



El Comisario del Instituto Nacional de Previsión, Luis Jordana de Pozas, con Francisco Franco y Serrano Súñer [1942]

Archivo fotográfico del Instituto Nacional de Previsión

Precisamente, el nuevo presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España, Paulino Borrallo Nueda<sup>464</sup>, había sido nombrado por el Ministro de la Gobernación, en la misma fecha de la aprobación de la Ley del seguro obligatorio de enfermedad, el 14 de diciembre de 1942. En el *Boletín de Información...* del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España se recogió la prohibición de verter opiniones y sugerencias por parte de los farmacéuticos en relación con el seguro recién aprobado, «so pena de sanciones»; los únicos competentes para este fin eran los representantes del Consejo General. En el mismo editorial se calificaba de «vital», la importancia del seguro de enfermedad para la profesión farmacéutica y se informaba de que el Consejo estaba a la espera del comienzo de las negociaciones oficiales:

---

<sup>464</sup> Paulino Borrallo Nueda (1896-1972), orientó su actividad profesional hacia el trabajo analítico en el Laboratorio Municipal de Madrid, al que estuvo adscrito como profesor químico; heredó la farmacia familiar, sita en la madrileña plaza de Cascorro, a cuyo frente se mantuvo hasta el final de sus días; dirigió el *Instituto de Biología y Farmacoterapia Magnus*. Fue miembro de la Real Academia de Farmacia. (Antonio GONZÁLEZ BUENO. "Borrallo Nueda, Paulino". *Diccionario Biográfico Español*, 9: 198-199. Madrid: Real Academia de la Historia, 2010).



«Este Consejo General se ve en la precisión de salir al paso de ciertas impaciencias que algunos sectores profesionales han empezado a sentir acerca del servicio farmacéutico en el nuevo seguro de enfermedad (...); lo que el Consejo no puede tolerar y debe cortar de raíz en sus comienzos es la publicación de acuerdos de Colegios o la expresión escrita de opiniones particulares que, en el mejor de los casos, solo nos pueden acarrear a quienes, por mandato de la Ley, hemos de resolver el problema, un entorpecimiento o una base de partida equivocada que perturbaría el resultado final (...). Creemos merecer los que ostentamos los cargos directivos de este Consejo General un margen de confianza (...). Sabemos como el primero la importancia vital que tiene para la profesión el seguro de enfermedad. Estamos a la espera del comienzo de las negociaciones; y para tranquilidad de todos podemos afirmar que de las conversaciones preliminares sostenidas por algunos de los componentes de este Consejo con destacadas personalidades, que seguramente tendrán que intervenir en la confección de la fórmula para la prestación del servicio farmacéutico en el seguro de enfermedad, hemos obtenido una favorable impresión (...).

Queremos suponer que el buen sentido de todos hará que se cumpla esta consigna con toda rigurosidad, tanto por parte de los colegios como otras entidades farmacéuticas o grupos de farmacéuticos, evitándonos la violencia de tener que castigar la transgresión de este mandato, a lo que desde luego estamos dispuestos, en el grado máximo que nos conceda nuestro Reglamento, o acudiendo, si fuera preciso para que la sanción fuera mayor, a nuestras autoridades»<sup>465</sup>.

La atención médica no tenía sólo un fin técnico y asistencial, poseía también el fin político de ganar la opinión favorable de los trabajadores hacia el régimen franquista, a la vez que efectuaba un control de las 'tendencias políticas' de los trabajadores, sin olvidar la gestión de sus cotizaciones. Por ello, la prestación del servicio médico fue encomendada a la organización sindical falangista, la 'Obra Sindical del 18 de Julio'. Esa función de propaganda política y, en consecuencia, de control de los trabajadores, que debía realizar el seguro de enfermedad, la defiende el ministro José Antonio Girón de Velasco, al mes siguiente de aprobada la Ley:

«La eterna cantinela de separar lo profesional de lo político puede ser aceptable cuando la política es un accidente, un cansado relevo de partidos análogos; pero cuando lo político se entiende como fe unida en un credo afirmado con sangre, (...) la vida toda debe estar informada de su esencia, de su verdad y de su misticismo, que están por encima de lo profesional, (...). La ocasión que la asistencia médica ofrece de ganar hombres, de llevar la verdad a las inteligencias y de curar a un tiempo el cuerpo y el espíritu de viejas heridas, entendemos que constituye uno de los servicios más nobles y más eficaces para la unidad espiritual de la Patria. Ningún organismo, sino la Obra '18 de julio', responde en sus

<sup>465</sup> [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. "Editorial". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 11: 1-2. Madrid, 1943.

características a esta necesidad, y de ella esperamos magníficos rendimientos en las dos esferas –técnica y política- que constituyen su cometido»<sup>466</sup>.

Como indican Julián Casanova y Carlos Gil Andrés, las Obras Sindicales eran la ‘cara amable’ de la dictadura, las que tenían como fin ‘educar’ a los trabajadores en el nacionalsocialismo y acercar a los que en otros tiempos estaban afiliados, o se hubieran afiliado, al sindicalismo socialista o anarquista:

«La burocracia de la Organización sindical se propuso ‘educar’ a los trabajadores, productores en el lenguaje nacionalsindicalista, encuadrarlos jerárquicamente y, además de represión, disciplina y autoridad, ofrecerles un sistema de prestaciones sociales a través de lo que se conocía como las obras sindicales, la cara mas amable y populista de la dictadura, la que debía proporcionar, por otro lado, la integración de esas masas afiliadas en otros tiempos al sindicalismo socialista o anarquista. En ese aparato de influencia destacó la Obra Sindical 18 de julio, la organización de asistencia médica y hospitalaria sobre la que se desarrollaría después la Seguridad Social y el Seguro obligatorio de Enfermedad»<sup>467</sup>.

Pero además de estos fines, la ‘Obra Sindical del 18 de Julio’ respondía a una organización jerárquica de tipo nacional que podría ser dirigida y controlada fácilmente desde el Gobierno. Esta característica, también la conocía José Antonio Girón:

«Y tan delicado, transcendente y específico entendemos el servicio médico del seguro de enfermedad, que si esta obra sanitaria sindical no hubiese existido, hubiera habido necesidad de crearla con iguales características a las que posee: disciplina falangista y profesional, servicio exclusivo de trabajadores, organización jerárquica de tipo nacional»<sup>468</sup>.

Las funciones técnicas que se asignaban a la ‘Obra Sindical del 18 de Julio’ eran muy extensas en relación con la asistencia sanitaria, mientras que las funciones de carácter administrativo, según expuso José Antonio Girón, eran las únicas que debía realizar el Instituto Nacional de Previsión. Con esta amplia función se esperaba una repercusión social positiva de la imagen de la Falange Española y, por extensión, del Gobierno, así lo afirmaba el ministro Girón:

«Y a todos los incrédulos y a todos los sistemáticos detractores de lo nuestro brindamos una ocasión de comprobar cómo puede funcionar un

---

<sup>466</sup> José Antonio GIRÓN DE VELASCO. “Información doctrinal. Seguro de Enfermedad”. *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 3(1): 1-8. Madrid, 1943 (cf. pág. 5).

<sup>467</sup> Julián CASANOVA y Carlos GIL ANDRÉS. *Historia de España en el siglo XX*. Barcelona: Editorial Ariel, 2009 (cf. pág. 264).

<sup>468</sup> José Antonio GIRÓN DE VELASCO. “Información doctrinal. Seguro de Enfermedad”. *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 3(1): 1-8. Madrid, 1943 (cf. págs. 5-6).

organismo de la Falange cuando tiene un pilar económico seguro en que apoyar su actividad»<sup>469</sup>.

Aunque José Antonio Girón defendía que el Instituto Nacional de Previsión sólo debía realizar funciones de índole técnica, lo cierto es que la política dirigía toda la organización y, por supuesto, todas sus decisiones<sup>470</sup>; esta influencia quedó clara en el Decreto aprobado por Francisco Franco, el 14 de diciembre de 1942 (*BOE*, 29-XII-1942), el mismo día que la Ley del seguro obligatorio de enfermedad, mediante el cual la Presidencia del Consejo y de la Comisión Permanente del Instituto se asignaba al Ministro de Trabajo, y, por su delegación, al Subsecretario del mismo Departamento, quedando el Director general de Previsión como vicepresidente nato. Ese Decreto tenía como objeto, según se recogió en su exposición de motivos, «establecer una conexión más eficaz y directa con los órganos rectores del Instituto, que garantice en todo momento la unidad de orientación política».

En el discurso de José Antonio Girón de Velasco, el día de su toma de posesión como Presidente del Consejo del Instituto Nacional de Previsión<sup>471</sup>, recordó que, en la gestión del Instituto, la función política debía prevalecer sobre la función técnica porque, en definitiva, la política social del régimen se basaría, de forma predominante, en la actuación del Instituto:

«No entendemos el consejo del Instituto Nacional de Previsión, que tiene algo de un Estado Mayor de nuestra lucha en lo social, como reunión de señores funcionarios, sino como formación de camaradas falangistas. (...) debemos ir, en

<sup>469</sup> José Antonio GIRÓN DE VELASCO. *Op. cit. ut supra*, cf. pág. 6.

<sup>470</sup> En la toma de posesión del ministro José Antonio Girón de Velasco, como Presidente del Consejo del Instituto Nacional de Previsión, el Comisario del Instituto, Luis Jordana de Pozas, le dio la bienvenida con un discurso que, entre otras cosas, justificaba la intensificación de la intervención política en el Instituto: «[a partir del Movimiento Nacional] el aislamiento, respecto a la acción política, era un contrasentido. El riesgo, ahora, no estaba en la comunicación con la política: el riesgo estaba en la incompreensión, en la neutralidad. Así lo entendí cuando formulé, ante el II Consejo Sindical de la Falange, la doctrina política de los seguros sociales. Como consecuencia de ello, se dictó el Decreto de 15 de junio de 1938, que reorganizó el Instituto y que marca la nueva tendencia. La Presidencia del Instituto pasó al Director general de Previsión, y se estableció la comunicación directa y frecuente que el Director del Instituto debía tener con el Ministro. Después, la intervención ha continuado intensificándose a media que se intensificaban las actividades de los seguros sociales (...). A partir de hoy, pues, dentro de este recinto, participaréis de las cotidianas preocupaciones del Consejo rector del Instituto. A la triple orientación, simbolizada por el Santo Cristo, que nos preside, y las imágenes del caudillo y de José Antonio, que nos inspiran, añadiremos la que —como intérprete y jefe de la lucha por la justicia social— recibiremos de vuestra Presidencia. Así estaremos, en cada instante, seguros de que vamos por el camino recto que en cada momento conduzca a la meta invariable. (...): “¡Camarada Girón: Sin novedad y a tus órdenes!” ([Luis JORDANA DE POZAS]. “Actividad del Instituto. Presidencia del Instituto Nacional de Previsión [Discurso del Comisario del Instituto]”. *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 3(2): 15-17. Madrid, 1943; cf. pág. 16-17).

<sup>471</sup> En la tarde del jueves, 4 de febrero, en el salón de consejos del Instituto ([EDITORIAL. INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. “Actividad del Instituto. Presidencia del Instituto Nacional de Previsión”. *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 3(2): 15. Madrid, 1943).

esta etapa, a hacer del Instituto el mejor tentáculo del estado Nacional-sindicalista en la política social. El espíritu del Movimiento debe presidir necesariamente, su obra, y en todas aquellas esferas de contacto con los organismos de la Falange, la mayor armonía y compenetración han de servir esta consigna. Concretamente, hay que formar una unidad de pensamiento, de acción y de estilo con la Organización sindical entendiéndonos como camaradas de una misma fe, que luchamos por una misma meta en sectores diferentes. El Instituto debe ser más que un organismo estatal: debe ser un elemento eficaz de avance en la política social de la Revolución. (...) esta presidencia implica la posibilidad de ejercer una presión más inmediata en la línea de la Revolución, según las directrices de la Jefatura Suprema de la Falange, y de establecer con vosotros una colaboración más íntima»<sup>472</sup>.



Entrega de subsidios a los trabajadores agropecuarios: José Antonio Girón de Velasco, acompañado del Delegado Nacional de Sindicatos, Fermín Sanz Orrio; el Subsecretario de Trabajo, Esteban Pérez González y el Gobernador Civil de Madrid, Carlos Ruiz.

ABC, 21-X-1943, pág. 5.

José Antonio Girón aprovechó este discurso de toma de posesión para recordar a los médicos que, en su actuación profesional, realizarían una función de propaganda del régimen respecto a los trabajadores beneficiarios del seguro de enfermedad, compensando esta función con una mejora económica. El seguro de enfermedad serviría

<sup>472</sup> José Antonio GIRÓN DE VELASCO. "Información doctrinal. La futura empresa de los seguros sociales". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 3(2): 1-7. Madrid, 1943



para atraer el 'agradecimiento' de los trabajadores al Régimen franquista, era por tanto una empresa de primer orden en la que no se escatimarían asignaciones presupuestarias:

«Hace falta que, desde el primer momento, el médico sienta palpablemente la mejora económica que el Seguro le proporciona, porque es exigir demasiado al sacrificio injusto para quien tiene como deber, más allá de lo profesional, el proselitismo de los trabajadores para nuestra Revolución justiciera. No operamos con ángeles, sino con hombres; y olvidar esta realidad, es un grave riesgo de los éxitos más seguros.»<sup>473</sup>.

#### **4.2. Elaboración del Reglamento de la Ley del seguro de enfermedad: Comisión redactora del anteproyecto del Reglamento del seguro de enfermedad**

El artículo 26 de la Ley del seguro obligatorio de enfermedad recoge que el seguro quede a cargo del Instituto Nacional de Previsión como entidad aseguradora única; por ello, el Comisario del Instituto, Luis Jordana de Pozas, el 29 de diciembre de 1942 emite un informe, destinado al Consejo del Instituto, en el que propone que se inicien los trabajos para la elaboración del Reglamento de desarrollo de la Ley, necesario para la administración del seguro. Además, las disposiciones transitorias de la Ley establecen que el Instituto elevará al Ministerio de Trabajo para su aprobación, en el plazo de seis meses, el proyecto de Reglamento del seguro obligatorio de enfermedad, elaborado por una Comisión en la que estará representada la Dirección General de Sanidad. Asimismo, la Ley marca un plazo de otros seis meses, a contar desde la publicación del Reglamento, para que se implante la asistencia sanitaria general, debiendo quedar las especialidades y el servicio de sanatorio establecidos antes del final de los dos años siguientes. En el mismo informe, Luis Jordana designaba a Sebastián Criado del Rey para ayudar a la Comisaría en los trabajos preparatorios del seguro:

«1º que se acuerde constituir inmediatamente la Comisión que ha de redactar el proyecto de reglamento del Seguro Obligatorio de Enfermedad, determinando su composición.

2º Quedar enterado de que para ayudar a la Comisaría en la dirección de los trabajos preparatorios del Seguro Obligatorio de Enfermedad, será designado don Sebastián Criado del Rey.

3º Conceder un anticipo al régimen obligatorio del seguro de enfermedad por el importe de 100.000 pesetas, con arreglo al artículo 35 de la nueva ley

---

<sup>473</sup> José Antonio GIRÓN DE VELASCO. *Op. cit. ut supra, cf. pág. 7.*

autorizando a la Comisaría para ordenar los pagos que procedan, dando cuenta periódicamente a la Comisión Permanente»<sup>474</sup>.

Luis Jordana justificaba la elección de Sebastián Criado del Rey como secretario de la Comisión de redacción del Reglamento, en que se trataba de la persona técnica apropiada para atender los trabajos que se debían realizar; sin embargo, su mayor mérito era pertenecer a Falange Española y ser una persona del círculo de confianza de José Antonio Girón de Velasco:

«La redacción del proyecto de reglamento suscita cuestiones muy complejas y afecta a intereses considerables. Al mismo tiempo presupone estadísticas, informaciones y estudios que requieren la dedicación de personas expertas y el empleo de medios auxiliares de cierta consideración. Así, por ejemplo, la determinación de las primas del seguro y su proporcionalidad con los salarios, exige un estudio estadístico sobre estos y su distribución según cuantías, que ha de llevar bastante tiempo.

Aun cuando la Dirección del Instituto ha de atender a este empeño con especial predilección, es indudable que necesita a su lado a una persona que tome a su cargo la secretaría de la Comisión que se cree para el reglamento, y todo lo relativo a la preparación del mismo y del Seguro. Por su preparación, asiduidad y entusiasmo, me ha parecido que cabría confiar esta delicada misión al camarada Sebastian Criado del Rey, sin que por ello deje de atender a la secretaría del Consejo»<sup>475</sup>.

Las mencionadas propuestas planteadas por Luis Jordana de Pozas, las acepta el Consejo del Instituto Nacional de Previsión en su reunión del 30 de diciembre de 1942<sup>476</sup>; en el acta de la reunión se detalla la composición de la Ponencia de redacción del anteproyecto de Reglamento: Agustín Aznar, como presidente; y como vocales, Luis Jordana de Pozas, Primitivo de la Quintana López, Alfonso de la Fuente Chaos, José G. Álvarez Ude, Juan Bosch Marín y Sebastián Criado del Rey, como secretario:

---

<sup>474</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963]. - Leg. 49.2. "Comisión para redactar el Anteproyecto de Reglamento. Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]. Comisión para redactar el Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad] y un ejemplar del mismo con reseña de los artículos más discutidos".

<sup>475</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963]. - Leg. 49.2. "Comisión para redactar el Anteproyecto de Reglamento. Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]. Comisión para redactar el Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad] y un ejemplar del mismo con reseña de los artículos más discutidos". Acta nº 53.

<sup>476</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963]. - Leg. 49.2. "Comisión para redactar el Anteproyecto de Reglamento. Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]. Comisión para redactar el Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad] y un ejemplar del mismo con reseña de los artículos más discutidos". Acta nº 53.

«El Consejo, de conformidad con la propuesta del Sr. Comisario y las indicaciones hechas por la Presidencia, acuerdan:

1º Constituir inmediatamente una Ponencia de redacción del anteproyecto de Reglamento del Seguro Obligatorio de Enfermedad, que quedará integrada por Agustín Aznar, como Presidente, Jordana de Pozas, Primitivo de la Quintana, Alfonso de la Fuente Chaos, José G. Álvarez Ude, Juan Bosch Marín y Criado del Rey como secretario. Esta ponencia deberá tener ultimado su trabajo en un plazo máximo de tres meses, pudiendo incorporarse a la misma las personas cuya colaboración se estime necesaria. Una vez redactado el anteproyecto, el Consejo procederá a nombrar una amplia Comisión para examinarlo y discutirlo.

2º El Consejo muestra su conformidad a la designación de Criado del Rey para ayudar al Comisario en la dirección de los trabajos preparatorios del Seguro Obligatorio de Enfermedad.

3º Conceder un anticipo de 100.000 pesetas al Régimen Obligatorio del Seguro de Enfermedad, con arreglo al artículo 35 de la nueva ley, autorizando a la Comisaría para ordenar los pagos que procedan, dando cuenta periódicamente a la Comisión Permanente»<sup>477</sup>.

Estas decisiones las tomó el Consejo teniendo en cuenta las indicaciones hechas por su Presidente, primero se constituiría una Ponencia con pocos miembros, para, posteriormente, verificar sus trabajos por una Comisión más numerosa:

«El Presidente estima que debe constituirse una Ponencia que puede llamarse 'de trabajo', integrada por un número reducido de miembros encargados de preparar el anteproyecto de Reglamento, y, una vez que haya cumplido su cometido, que deberá verificar en un plazo máximo de tres meses, que se nombre una Comisión más amplia para examinar y discutir el proyecto formado»<sup>478</sup>.

Las cartas a los componentes seleccionados para formar parte de la Ponencia se remitieron el 2 de enero de 1943, en las que el Consejo les comunicaba su acuerdo. Unos días después, el 14 de enero de 1943, la Comisión permanente del Consejo del Instituto Nacional de Previsión, a propuesta de su presidente, decide ampliar la Ponencia

---

<sup>477</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963]. - Leg. 49.2. "Comisión para redactar el Anteproyecto de Reglamento. Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]. Comisión para redactar el Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad] y un ejemplar del mismo con reseña de los artículos más discutidos".

<sup>478</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963]. - Leg. 49.2. "Comisión para redactar el Anteproyecto de Reglamento. Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]. Comisión para redactar el Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad] y un ejemplar del mismo con reseña de los artículos más discutidos".

incluyendo a tres componentes más, Buenaventura J. Castro Rial, José Gómez Sabugo y José María Barceló<sup>479</sup>.

El 16 de enero se les comunica esta decisión a los nuevos miembros de la Ponencia redactora del anteproyecto de Reglamento. Algunos de ellos eran buenos conocedores del texto legislativo, ya que habina participado en la Comisión redactora del anteproyecto de la Ley: el Comisario de Instituto, Luis Jordana de Pozas; uno de los vocales del Consejo del Instituto, Primitivo de la Quintana; el representante de la 'Obra Sindical del 18 de Julio', Alfonso de la Fuente Chaos; el actuuario Jefe del Instituto, José G. Álvarez Ude y el médico de la Obra Maternal e Infantil, Juan Bosch Marín. Otro grupo de ponentes habían formado parte de la Comisión para el examen y estudio del anteproyecto de la Ley del seguro obligatorio de enfermedad: El Secretario nacional de Excombatientes y vocal del Instituto Nacional de Previsión, Sebastián Criado del Rey; y el Inspector general, Jefe de la Inspección de Entidades Aseguradoras e Instituciones de Previsión, Buenaventura J. Castro Rial; además de Luis Jordana de Pozas, Alfonso de la Fuente Chaos, Primitivo de la Quintana y José G. Álvarez Ude, ya reseñados.

Algunos de los ponentes formarán parte, un mes mas tarde, de la Comisión de enlace para elaborar las normas de funcionamiento del servicio médico del seguro de enfermedad; es el caso de los representantes de la Delegación Nacional de Sindicatos: Agustín Aznar, José Gómez Sabugo y José M<sup>a</sup> Barceló Palà, además de Alfonso de la Fuente Chaos.

El 20 de enero de 1943 se solicitan datos relacionados con el número de afiliados, cotizaciones y salarios, por el servicio matemático del Instituto Nacional de Previsión para trasladarlos a la Ponencia:

«Como complemento a mi carta del 28 del pasado mes de diciembre y atendiendo a las indicaciones del Sr. Criado del Rey, le comunico que, los datos necesarios para el seguro de enfermedad que podrían facilitar la Caja Nacional de Subsidios Familiares y el Servicio Nacional de Vejez [y Maternidad] son:

1º Clasificación de afiliados por edades y salarios.

2º Número de días cotizados por los afiliados de la misma edad.

3º Número de días cotizados por los afiliados del mismo salario.

Como entre los asalariados hay una enorme variedad, para simplificar la tarea será suficiente considerar solo grupos de salarios, que pueden ser:

<sup>479</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963]. - Leg. 49.2. "Comisión para redactar el Anteproyecto de Reglamento. Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]. Comisión para redactar el Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad] y un ejemplar del mismo con reseña de los artículos más discutidos". Acta nº 120.

- a) Menores de 6 pesetas
- b) Comprendidos entre 6 y 8,99
- c) [Comprendidos entre] 9 y 11,99
- d) [Comprendidos entre] 12 y 14,99
- e) [Comprendidos entre] 15 y 25
- f) Mayores de 25 pesetas (...)

Esta solicitud se traslada por el Comisario a Criado del Rey para que en contacto con los Directores de dichos Servicios Nacionales, sírvase Vd. procurar la rápida obtención de estos datos»<sup>480</sup>.

El 12 de febrero de 1943 se le indica a José G. Álvarez Ude que se ponga «al habla» con José Muñoz Rodríguez y Mariano Fuentes Cascajares, de la Caja Nacional de Subsidios Familiares y del Servicio Nacional de Vejez y Maternidad, respectivamente, con ánimo de que faciliten los datos pertinentes de sus respectivas instituciones para el Seguro de Enfermedad, según se pedía en la nota del día 20 de enero. Además de la solicitud del servicio matemático, se les facilitó, «para que sirvan de base de redacción», «el texto de los artículos del anteproyecto de reglamento, redactados hasta la fecha por la Ponencia, así como el plan o esquema del reglamento y un índice de las cuestiones que se plantean en el estudio del mismo».

#### **4.3. Los trabajos de la Ponencia redactora del anteproyecto del Reglamento del seguro obligatorio de enfermedad**

##### *Primera sesión de la Ponencia [22-I-1943]*

A esta primera sesión, realizada el día 22 de enero de 1943, acuden todos los componentes: Agustín Aznar (presidente), Luis Jordana de Pozas, Primitivo de la Quintana, Alfonso de la Fuente Chaos, Álvarez José G. Álvarez Ude, Juan Bosch Marín, Buenaventura J. Castro Rial, José Gómez Sabugo, José María Barceló y Sebastián Criado del Rey (secretario)<sup>481</sup>.

En primer lugar, Luis Jordana informa de que el Consejo del Instituto acordó, el 30 de diciembre de 1942, el nombramiento de una Ponencia reducida que se encargará de la

---

<sup>480</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.2. "Comisión para redactar el Anteproyecto de Reglamento. Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]. Comisión para redactar el Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]".

<sup>481</sup> De los asuntos tratados en esta primera sesión se levanta el acta número 1 de la Ponencia (Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.2. "Comisión para redactar el Anteproyecto de Reglamento. Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]. Comisión para redactar el Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]").

redacción del anteproyecto del Reglamento, en el plazo máximo de tres meses, a fin de que pase al estudio y examen de una Comisión mas amplia en la que dará cabida a las representaciones marcadas por la Ley. Tras declarar constituida la Ponencia, hace entrega a los asistentes del «Plan o esquema del reglamento» y del «Índice de cuestiones» y pide que, antes de la próxima sesión, emitan a la Secretaría de la Ponencia una nota expresiva de los problemas que, a juicio de cada uno de los asistentes, deban ser tenidos en cuenta para comentar el aludido índice.

Ese «Plan o esquema del reglamento» estaba formado por seis Títulos, a los que se añadían las Disposiciones transitorias:

Título I. De los fines y ámbito del Seguro de Enfermedad

Título II. De las prestaciones

Título III. De las cuotas

Título IV. De la organización

Título V. Del régimen financiero

Título VI De la inscripción, sanciones y jurisdicción

Disposiciones transitorias.

El «Índice de cuestiones», estaba estructurado por los mismos títulos y, en cada uno de ellos, se detallaban las cuestiones a debatir.

Así, por ejemplo, en el Título II, «De las prestaciones», se contenía el capítulo I «De las prestaciones sanitarias» y, en su sección III, «De las prestaciones farmacéuticas», se contenía el siguiente literal:

«Artículo 12. Problemas que se plantean:

A) Libertad absoluta o libertad limitada para la elección de farmacia.

B) Control de recetas.

C) El volumen de específicos que han de ser consumidos por los enfermos, aconseja hacer la declaración de que el Seguro se reserva la propiedad de los envases de los medicamentos. Puede señalarse a éstos un valor y descontarlo del importe de las indemnizaciones si no fueran entregados»<sup>482</sup>.

Respecto al Título IV, «De la organización», en su capítulo III, «De la organización de los servicios sanitarios», se contenían las siguientes secciones:

Sección I, «Normas generales», artículo 28. Cuestiones que se plantean:

<sup>482</sup> «Plan o esquema del reglamento». (Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.2. "Comisión para redactar el Anteproyecto de Reglamento. Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]. Comisión para redactar el Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]". Acta nº 1.

- a) Función de la Comisión de enlace
- b) ¿Deberá figurar entre ellas la determinación de la participación del seguro en la medicina preventiva?
- c) Formación del catálogo de hospitales y sanatorios utilizables por el Seguro
- d) Conveniencia de dar carácter permanente a la Comisión de enlace y convertirla en órganos de coordinación del Seguro con la sanidad pública y con la 'Obra Sindical del 18 de Julio'.
- e) Convertida la Comisión de enlace en órgano permanente, ¿podrá confiársele la resolución de las discrepancias entre el Seguro y la 'Obra Sindical 18 de Julio y entre ésta y la sanidad oficial en lo relativo a la asistencia sanitaria?

Sección II, «De la 'Obra Sindical del 18 de Julio'», artículos 27, 29, 30, 31 y 1<sup>a</sup> Disposición transitoria. Cuestiones que se plantean:

- a) Normas reguladoras de las relaciones entre la 'Obra Sindical del 18 de Julio' y el Seguro.
- b) ¿Deben ser objeto de un convenio? En este caso, ¿Quién resuelve las dificultades para concertarlo y las que surjan de su aplicación? ¿Podría hacerlo la Comisión de enlace?
- c) Normas reguladoras de las relaciones, en cada caso, entre la 'Obra Sindical del 18 de Julio' y el Instituto Nacional de Previsión, y entre aquella y la Inspección del Instituto.
- d) Determinar exactamente el personal técnico que queda comprendido bajo la denominación de 'Servicios Médicos'.
- e) Determinar la intervención del Instituto Nacional de Previsión en los conciertos establecidos con la 'Obra Sindical del 18 de Julio'.
- f) Procedimiento para determinar el número máximo de familias asignadas a cada médico.
- g) Procedimiento para fijar la retribución o los tipos de retribución de los médicos.
- h) ¿Quién paga a los médicos?
- i) Señalamiento de retribución del personal restante del servicio sanitario.
- j) Determinación de las condiciones mínimas exigibles a los médicos que acudan a los concursos u oposiciones para médicos del Seguro.
- k) Designación de especialistas por concurso oposición.

Sección III. «De otras entidades o servicios médicos concertados». Artículo 27. Cuestiones que plantea:

a) Normas para los conciertos entre el Instituto Nacional de Previsión y la sanidad pública.

b) Normas para los conciertos entre el Instituto y otras instituciones.

c) Naturaleza del informe de la 'Obra Sindical del 18 de Julio', cuando sea obligado.

Sección IV. «Del servicio farmacéutico». Artículo 32. Cuestiones que plantea:

a) Normas para el establecimiento de farmacias propias.

b) Normas para la formación del 'petitorio de específicos'.

c) Normas para el pago de los medicamentos suministrados.

#### *Segunda sesión de la Ponencia [26-I-1943]*

Esta sesión fue presidida por el Comisario del Instituto Nacional de Previsión, Luis Jordana de Pozas, y concurrieron los ponentes: Alfonso de la Fuente Chaos, José G. Álvarez Ude, Buenaventura J. Castro Rial, José Gómez Sabugo, Juan Bosch Marín y Sebastian Criado<sup>483</sup>.

En esta segunda sesión se examina el Título I del «Plan o esquema del reglamento» y se decide que conviene aclarar que el seguro de enfermedad no cubre aquellos riesgos que ya están protegidos por el seguro de accidentes del trabajo, regulando los posibles conflictos de apreciación de la naturaleza del siniestro. También se conviene que el seguro pueda dictar normas relacionadas con la medicina preventiva, dentro de las normas generales establecidas por la Dirección General de Sanidad, estimando que su no cumplimiento dará lugar a la privación de las prestaciones sanitarias y económicas.

#### *Tercera sesión de la Ponencia [2-II-1943]*

La tercera sesión estuvo presidida por Agustín Aznar Gerner y concurrieron Luis Jordana de Pozas, Primitivo de la Quintana, José G. Álvarez Ude, Buenaventura J. Castro

---

<sup>483</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.2. "Comisión para redactar el Anteproyecto de Reglamento. Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]. Comisión para redactar el Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]". Acta nº 2,



Rial, José Gómez Sabugo, Juan Bosch Marín y Sebastián Criado del Rey<sup>484</sup>. Se examinan los distintos apartados de la disposición preliminar y el articulado del Capítulo I, Título I del anteproyecto, quedando definitivamente cerrados con excepción de los artículos 4º y 5º, cuya redacción se encarga a Primitivo de la Quintana y Juan Bosch Marín.

Lo redactado en la disposición preliminar, en el artículo primero (con una reasignación de apartados), en el artículo segundo (con una modificación en la descripción de las enfermedades inter-recurrentes), en el artículo tercero (con un pequeño ajuste de redacción, aunque introduciendo la palabra ‘urgente’) y el artículo sexto, se transcribiría en el literal del definitivo proyecto del Reglamento, elaborado por la Comisión y recogido en la décima sesión, celebrada el 13 de julio de 1943.

Después de esta tercera sesión, el 4 de febrero de 1943, la Ponencia recibe un escrito del Delegado de Barcelona del Instituto Nacional de Previsión, Manuel Tena, quien previamente lo había remitido al Director general del Instituto. En esta información se detallaban los cuadros estadísticos de la Federación de Sociedades de Socorros Mutuos de Cataluña, estadística de morbilidad y mortalidad del periodo comprendido entre 1914 y 1928, promedios de morbilidad y mortalidad de «los pequeños mutualistas» de los años 1925 a 1934 y promedios relacionados con enfermedades denominadas «Larga Enfermedad» correspondientes a los años 1930 a 1933. En el mismo escrito, el Delegado de Barcelona informaba que, en un próximo correo, se remitirían estadísticas formuladas con los datos adquiridos de varias mutualidades que se estaban «copiando a maquina», a los que se añadirían estadísticas demográficas de las cuatro provincias catalanas. Todos los documentos fueron entregados a Sebastián Criado del Rey.

#### *Cuarta sesión de la Ponencia [9-II-1943]*

---

<sup>484</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.2. “Comisión para redactar el Anteproyecto de Reglamento. Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]. Comisión para redactar el Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]”. Acta nº 3.

La cuarta sesión fue presidida por Agustín Aznar; acudieron a ella: Luis Jordana de Pozas, Primitivo de la Quintana López, José G. Álvarez Ude, Buenaventura J. Castro Rial, José Gómez Sabugo, Juan Bosch Marín y Sebastián Criado del Rey<sup>485</sup>.

Se acuerda la redacción de los artículos cuarto y quinto, relacionados con la medicina preventiva; Juan Bosch Marín y Primitivo de la Quintana López estaban de acuerdo con el texto inicial propuesto. Éste sería el literal recogido en el proyecto definitivo fechado el 13 de julio de 1943.

Después, se examina la redacción del articulado de la sección I, «De los asegurados», comprendida en el Capítulo II, «Campo de aplicación». El texto se transcribiría de forma literal en el proyecto de 13 de julio de 1943, con una modificación relacionada con la determinación de la cuantía de las rentas de trabajo para trabajadores por cuenta ajena, que también realicen trabajos como autónomos.

En relación con los asegurados que percibieran el subsidio de vejez, la Ponencia indicaba que se recogiera en el artículo 16 el literal, «dejarán de ser asegurados los productores que perciban el subsidio de vejez», y que, «el derecho a las prestaciones sanitarias será vitalicio para el asegurado que se encuentre en el caso del artículo anterior, si antes de recibir el subsidio de vejez hubiese abonado al seguro las primas correspondientes»; sin embargo, en el proyecto definitivo se suavizó esa redacción conteniendo que, «el asegurado que llegase a percibir el subsidio de vejez o invalidez conservará durante un año el derecho a percibir las prestaciones sanitarias del seguro y, después, continuará percibiéndolas mediante el pago de la prima que se señale».

#### *Quinta sesión de la Ponencia [16-II-1943]*

La sesión quinta la presidió Agustín Aznar Gerner y acudieron a ella: Buenaventura J. Castro Rial, Luis Jordana de Pozas, Primitivo de la Quintana López, Alfonso de la Fuente Chaos, Juan Bosch Marín, José G. Álvarez Ude, José Gómez Sabugo, José M<sup>a</sup> Barceló Palá y Sebastián Criado del Rey<sup>486</sup>.

---

<sup>485</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.2. "Comisión para redactar el Anteproyecto de Reglamento. Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]. Comisión para redactar el Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]". Acta nº 4.

<sup>486</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.2. "Comisión para redactar el Anteproyecto de Reglamento. Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]. Comisión para redactar el Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]". Acta nº 5.

En esta sesión se examinó el texto para redactar el articulado del anteproyecto del Reglamento de la sección II «De los beneficiarios» y de la sección IV «De la afiliación», correspondientes al Capítulo I del Título II. También se transcribe el literal al proyecto definitivo aunque, en el artículo 24, se recoge que la incapacidad permanente para el trabajo de los hermanos del asegurado deberá ser comprobada por el servicio médico del seguro. Sin embargo, la Ponencia proponía que la redacción debería indicar que, «deberá ser declarada por el servicio medico del seguro».

En cuanto a la afiliación, el literal se respeta con una ligera modificación, se propone que, en lugar de recoger que, «los errores padecidos en la afiliación de los autónomos por el Organismo Sindical, se podrá solicitar su corrección a la Dirección General de Previsión», la Ponencia propuso que se solicitara a la Dirección General de Sanidad.

#### *Sexta sesión de la Ponencia [23-II-1943]*

La sexta sesión fue presidida por Agustín Aznar Gerner y asistieron a ella Buenaventura J. Castro Rial, Luis Jordana de Pozas, Primitivo de la Quintana López, Alfonso de la Fuente Chaos, Juan Bosch Marín, José G. Álvarez Ude, José Gómez Sabugo, José M<sup>a</sup> Barceló Palá y Sebastián Criado del Rey<sup>487</sup>.

En esta sesión se examina el texto para redactar el articulado del anteproyecto del Reglamento de la sección II, «De la asistencia médica en la maternidad» del Título II, «De las prestaciones», y capítulo I, «De las prestaciones sanitaria», dejando para otra sesión la sección I, relativa a «De la asistencia médica en la enfermedad».

La Ponencia acepta el literal al proyecto, aunque modifica la redacción; el borrador indicaba que se recogiera la «asistencia en los partos normales y distócicos» y, en el proyecto, se estableció la «asistencia en los partos», recogiendo todos los partos, sin ninguna distinción.

#### *Séptima sesión de la Ponencia [9-III-1943]*

---

<sup>487</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.2. "Comisión para redactar el Anteproyecto de Reglamento. Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]. Comisión para redactar el Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]". Acta nº 6.

La séptima sesión la presidió Buenaventura J. Castro Rial; se anota la disculpa de Agustín Aznar, que no pudo asistir por encontrarse fuera de Madrid; si participaron: Luis Jordana de Pozas, Primitivo de la Quintana López, Alfonso de la Fuente Chaos, Juan Bosch Marín, José G. Álvarez Ude, José Gómez Sabugo, José M<sup>a</sup> Barceló Palá y Sebastián Criado del Rey<sup>488</sup>.

En esta sesión se examinó el texto para decidir la redacción del articulado del anteproyecto del Reglamento de la sección III, «De las prestaciones farmacéuticas», correspondientes al Título II «De las prestaciones».

Los ponentes aceptan el literal del borrador, aunque se realizan determinadas modificaciones en el articulado: en el artículo 58 del proyecto se incluye «ampliándose en los casos previstos en los artículos 39 y 41 de este reglamento»; en el artículo 59 se incluye que, se «facilitarán las formulas magistrales prescritas por los facultativos del seguro»; en el artículo 60 se sustituye la voz, «específicos», por «especialidades farmacéuticas». El artículo 63 del proyecto no tenía una redacción previa, es la Ponencia la que redacta lo siguiente: «el INP concertará con el Consejo general de Colegios de farmacéuticos, un convenio en el que se garantice el buen servicio por todas las farmacias, con una tarifa reducida especial para el seguro». Y, en la tarifa reducida se tomarán en consideración los conceptos «valor del medicamento» y «honorarios profesionales». También se modifica el contenido del artículo 65, añadiendo, «con arreglo a las normas de aplicación de la tarifa que se convenga o establezca».

#### *Octava sesión de la Ponencia [12-III-1943]*

La octava sesión fue presidida por Buenaventura J. Castro Rial; asistieron Luis Jordana de Pozas, Primitivo de la Quintana López, Alfonso de la Fuente Chaos, Juan Bosch Marín, José G. Álvarez Ude, José Gómez Sabugo, José M<sup>a</sup> Barceló Palá, Sebastián Criado del Rey y Agustín Aznar Gerner<sup>489</sup>.

---

<sup>488</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.2. "Comisión para redactar el Anteproyecto de Reglamento. Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]. Comisión para redactar el Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]". Acta nº 7.

<sup>489</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.2. "Comisión para redactar el Anteproyecto de Reglamento. Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]. Comisión para redactar el Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]". Acta nº 8.

En esta sesión se examinó el texto para redactar el articulado del anteproyecto del Reglamento de la sección I, «Indemnización por enfermedad», incluido en el Título II, «De las prestaciones». En este anteproyecto se incluyó que «la duración de la enfermedad se cuenta a partir del día de presentación de la baja en las oficinas del seguro»; esta redacción fue modificada en el proyecto por la siguiente: «la duración de la enfermedad se contará a partir del día de la petición de asistencia medica al seguro, una vez confirmada aquella», que quedaría como redacción definitiva en el Reglamento.

En este apartado se incluyó que, el asegurado que percibiese mayor cantidad de la prestación económica que la señalada, vendrá obligado a reintegrar al seguro el exceso indebidamente cobrado, este artículo se suprimió en el proyecto y tampoco se recogió en el Reglamento aprobado. Era evidente, cualquier cobro indebido de recursos públicos debe reintegrarse.

#### *Novena sesión de la Ponencia [15-III-1943]*

La novena sesión fue presidida por Buenaventura J. Castro Rial, asistieron a la reunión: Luis Jordana de Pozas, Primitivo de la Quintana López, José G. Álvarez Ude, José M<sup>a</sup> Barceló Palá, Sebastián Criado del Rey y Agustín Aznar Gerner<sup>490</sup>.

En esta sesión se examinó el texto para redactar el articulado de la sección II, «Del subsidio de maternidad», incluida en el Título II, «De las prestaciones». En este anteproyecto se propuso que, «las mujeres aseguradas que den a luz percibirán como indemnización (...) el 50 por 100 del salario (...); esta propuesta se modificó en el proyecto, aumentando el porcentaje al 60 %, y así se recogió en el Reglamento. También se incluía que, «las empresas que normalmente tengan a su servicio en un centro de trabajo mas de veinte trabajadoras, quedan obligadas a instalar una sala de lactancia»; esta redacción se modificó en el proyecto por, «las empresas que tengan a su servicio mujeres con hijos menores de una año, habilitarán una sala de lactancia». El resto de articulado se trasladó al reglamento de forma literal.

En cuanto a la indemnización por gastos funerarios se incluyó que la indemnización se aplicase, en primer término, al pago de los mismos, y que se abonaría a quienes se hubieran encargado de los funerales; tendrían derecho al sobrante, si existiera,

<sup>490</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.2. "Comisión para redactar el Anteproyecto de Reglamento. Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]. Comisión para redactar el Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]". Acta nº 9.

los familiares en el orden natural de filiación. Este artículo no se incluyó en el proyecto, ni en el Reglamento.

*Décima sesión de la Ponencia [23-III-1943]*

La décima sesión la presidió Buenaventura J. Castro Rial, asistieron: Agustín Aznar, Luis Jordana de Pozas, Alfonso de la Fuente Chaos, Primitivo de la Quintana López, José G. Álvarez Ude, José Gómez Sabugo, José M<sup>a</sup> Barceló Palá y Sebastián Criado del Rey<sup>491</sup>.

Se examina en ella el texto del articulado para redactar el anteproyecto del Reglamento correspondiente al Título V, «Recursos económicos y régimen financiero». El apartado de capital fundacional y gastos de establecimiento se redactó, en la forma y en el fondo, muy similar al proyecto que se trasladó literal al Reglamento. En cuanto a los recursos económicos, su literal se recogió en el Reglamento. Ocurrió lo mismo con el concerniente a las aportaciones del Estado, pero no se propuso cifra en el apartado tercero del artículo 134 del Reglamento, tampoco en el proyecto; pero el Reglamento sí recogió una cifra: 250.000 pesetas. Tampoco se incorporó el detalle de la cooperación del Estado que se propuso en el proyecto y que se trasladaría al Reglamento, en concreto, el último apartado del artículo 136 del Reglamento con sus tres subapartados.

*Undécima sesión de la Ponencia [6-IV-1943]*

La undécima sesión fue presidida por Buenaventura J. Castro Rial, Director general de Previsión; asistieron a ella: Luis Jordana de Pozas, Primitivo de la Quintana López, Alfonso de la Fuente Chaos, Juan Bosch Marín, José G. Álvarez Ude, José Gómez Sabugo, José M<sup>a</sup> Barceló Palá, Sebastián Criado del Rey y Agustín Aznar Gerner<sup>492</sup>.

En esta sesión se examina el texto para redactar el articulado del anteproyecto del Reglamento correspondiente a la sección II «De las primas». Este apartado prácticamente se trasladó al Reglamento, aunque con algunas variaciones: se propuso que, «durante la

<sup>491</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.2. "Comisión para redactar el Anteproyecto de Reglamento. Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]. Comisión para redactar el Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]". Acta nº 10.

<sup>492</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.2. "Comisión para redactar el Anteproyecto de Reglamento. Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]. Comisión para redactar el Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]". Acta nº 11.

enfermedad del asegurado y mientras subsiste el contrato de trabajo, deberá satisfacer el 50% de la prima»; sin embargo, en el proyecto y en el Reglamento se incluyó el literal del artículo 146.

También se propuso el apartado de «Jurisdicción y sanciones». La propuesta de la jurisdicción se incluyó literal en el Reglamento y la de sanciones se recogió prácticamente literal.

#### *Duodécima sesión de la Ponencia [9-IV-1943]*

La duodécima sesión la presidió Buenaventura J. Castro Rial, asistieron Luís Jordana de Pozas, Primitivo de la Quintana López, Juan Bosch Marín, José G. Álvarez Ude, José Gómez Sabugo y Sebastián Criado del Rey<sup>493</sup>.

En esta sesión se examinó el texto para redactar el articulado del anteproyecto del reglamento de la sección III, «Del régimen financiero». La redacción propuesta se trasladó literal al reglamento.

#### *Decimotercera sesión de la Ponencia [16-IV-1943]*

La sesión decimotercera la presidió Luis Jordana de Pozas; asistieron Primitivo de la Quintana López, José G. Álvarez Ude, José Gómez Sabugo, José M<sup>a</sup> Barceló Palá y Sebastián Criado del Rey<sup>494</sup>.

En esta sesión se examinó el texto para redactar el articulado del anteproyecto del Reglamento dedicado a la inspección, de la sección I, «Sobre la gestión», y de la sección II, «Sobre los servicios sanitarios». La redacción propuesta en el apartado titulado «Sobre la gestión» se trasladó literal al reglamento. En cuanto a la sección titulada «Sobre los servicios sanitarios» se propuso que la inspección de los servicios médicos del seguro tendrían la facultad de decretar por si misma bajas y altas de todos los beneficiarios, cualquiera que sea el servicio que preste la asistencia, mientras que en el proyecto se

---

<sup>493</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.2. "Comisión para redactar el Anteproyecto de Reglamento. Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]. Comisión para redactar el Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]". Acta nº 12.

<sup>494</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.2. "Comisión para redactar el Anteproyecto de Reglamento. Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]. Comisión para redactar el Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]". Acta nº 13.

recogió el literal que se trasladó al Reglamento, en el artículo 166. El resto del articulado prácticamente se recogió literal en el Reglamento.

#### *Decimocuarta sesión de la Ponencia [27-IV-1943]*

La sesión decimocuarta fue presidida por Buenaventura J. Castro Rial; acudieron Luis Jordana de Pozas, Primitivo de la Quintana López, Alfonso de la Fuente Chaos, José G. Álvarez Ude, José M<sup>a</sup> Barceló Palá, Sebastián Criado del Rey y Agustín Aznar Gerner<sup>495</sup>.

En esta sesión se examina el texto completo y se introducen algunas variaciones: se suprime el artículo que decía «cuando sea preciso trasladar al enfermo fuera de su domicilio para hospitalizarlo o prestarle una determinada asistencia, los gastos del traslado serán por cuenta del seguro» y se incluye un nuevo artículo, «el asegurado que llegase a percibir el subsidio de vejez, podrá continuar recibiendo las prestaciones sanitarias del seguro, mediante el pago de la cuota que se señale».

Por último, la Ponencia acuerda suspender las reuniones hasta «que la labor de la comisión de enlace permita con sus normas generales de funcionamiento la redacción del Título IV del Reglamento, que trata de la organización del servicio sanitario».

Hacia dos meses que se había aprobado la Orden Ministerial por la que se nombraba una Comisión para la elaboración de las normas de funcionamiento del servicio médico del seguro.

#### **4.4. La Comisión redactora del proyecto del Reglamento de la Ley del seguro de enfermedad**

Una vez terminados los trabajos de la Ponencia redactora del anteproyecto del Reglamento, Luis Jordana del Pozas remitió un escrito al Consejo del Instituto Nacional de Previsión, fechado de 30 de abril de 1943, en el que informa de la finalización de los trabajos encargados y propone que se continúe con el procedimiento acordado, para lo cual, habría que designar a la Comisión redactora del proyecto de Reglamento:

---

<sup>495</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.2. "Comisión para redactar el Anteproyecto de Reglamento. Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]. Comisión para redactar el Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]". Acta nº 14.



«La Ponencia ha llevado a cabo su trabajo casi totalmente, quedando tan solo por redactar dos capítulos que dependen de informes no recibidos o de acuerdos de la comisión de enlace.

Dado el plazo establecido en la disposición legal (transitoria 3<sup>a</sup> de la ley) parece oportuno que el consejo acuerde la designación de la comisión que ha de elaborar el proyecto de reglamento»<sup>496</sup>.

A la vista de ese escrito, el Consejo del Instituto Nacional de Previsión, en su reunión del 4 de mayo de 1943, encargará a su Presidente, Esteban Pérez González, que designe a los miembros de la Comisión redactora:

«Otorgar un voto de confianza a la presidencia para que esta designe los miembros que han de integrar la comisión encargada de redactar el proyecto de reglamento»<sup>497</sup>.

Este acuerdo se puso en conocimiento de Esteban Pérez González, tres días después, el 7 de mayo de 1943. Por su parte, la Dirección General de Sanidad propuso al Comisario del Instituto Nacional de Previsión, Luis Jordana de Pozas, el 19 de mayo de 1943, cinco profesionales para formar parte de la Comisión: tres médicos y dos farmacéuticos<sup>498</sup>; esta propuesta se elevó a la presidencia del Instituto. Y por parte de la Delegación Nacional de Sindicatos se propusieron cinco componentes.

El Instituto Nacional de Previsión aceptó las propuestas planteadas por las dos instituciones, la Dirección General de Sanidad y la Delegación Nacional de Sindicatos, por lo que sus componentes se añadieron a los quince nombrados por la Dirección del Instituto Nacional de Previsión, de conformidad con la Presidencia. Así, en total, la Comisión redactora estuvo formada por veinticinco miembros.

---

<sup>496</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.2. "Comisión para redactar el Anteproyecto de Reglamento. Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]. Comisión para redactar el Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]".

<sup>497</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.2. "Comisión para redactar el Anteproyecto de Reglamento. Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]. Comisión para redactar el Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]". Este acuerdo se puso en conocimiento de Esteban Pérez González, tres días después, el 7 de mayo de 1943.

<sup>498</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.2. "Comisión para redactar el Anteproyecto de Reglamento. Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]. Comisión para redactar el Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]".

Tabla XI. Comisión redactora del proyecto del Reglamento de la Ley del seguro de enfermedad [1943] <sup>499</sup>	
Institución de representación	Ponentes
Dirección General de Sanidad	Francisco Astigarraga Luzón [médico de la Dirección General de Sanidad]. Bartolomé Benítez Franco [médico, Director General de Sanidad] Saturnino García Vicente [médico]. Juan Muñoz Manzano [farmacéutico, con oficina en San Buenaventura, 5. Madrid] Paulino Borrallo [farmacéutico, con oficina en la Plaza de Cascorro, 2]
Delegación Nacional de Sindicatos	Agustín Aznar Gerner. Alfonso de la Fuente Chaos. Mercedes Sanz Bachiller. José María Barceló Palá [Tesorería Central de FET y JONS. Alcalá 42]. Rodolfo Reyes Morales.
Instituto Nacional de Previsión	Buenaventura Juan Castro Rial [Director general de Previsión]. José Gómez Sabugo [médico, adscrito a la 'Obra Sindical del 18 de Julio']. Ángel Gómez Jiménez. Francisco Martínez Orozco [Jefe de la sección de Seguros Sociales, adscrita al Ministerio de Trabajo]. Joaquín Espinosa Ferrándiz [médico, adscrito a la Delegación del Instituto Nacional de Previsión en Barcelona].
	Los Consejeros del Instituto Nacional de Previsión: Pablo Martínez Almeida. Primitivo de la Quintana López. Sebastián Criado del Rey.
	El Comisario del Instituto Nacional de Previsión: Luis Jordana de Pozas
	El Subcomisario del Instituto Nacional de Previsión: Jesús Rivero Meneses
	Tres Directivos de otros seguros sociales: José Muñoz Rodríguez [Director de la Caja Nacional de Subsidios Familiares] Isaac Galcerán Valdés [Director de la Caja Nacional del Seguro de Accidentes de

<sup>499</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.2. "Comisión para redactar el Anteproyecto de Reglamento. Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]. Comisión para redactar el Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]".

	Trabajo]. Mariano Fuentes Cascajares [Jefe del Servicio Nacional de Vejez y Maternidad].
	El Jefe del Servicio Matemático del Instituto Nacional de Previsión: José G. Álvarez Ude.
	El Jefe de la Obra Maternal e Infantil: Juan Bosch Marín.

El 24 de mayo de 1943 se comunica su designación personalmente a todos los miembros<sup>500</sup>; como vemos, la Comisión tenía un mayor número de componentes que la Ponencia, y todos los miembros de la Ponencia formaron parte de la Comisión.

#### 4.4.1. Los trabajos de la Comisión redactora del proyecto del Reglamento

La Comisión para la redacción del proyecto de Reglamento de la Ley del seguro obligatorio de enfermedad se reunió en diez sesiones<sup>501</sup>:

##### *Primera sesión de la Comisión [1-VI-1943]*

La primera sesión tuvo lugar el 1 de junio de 1943, en ella quedó constituida la Comisión; cinco meses después se aprobó el Reglamento para la aplicación de la Ley del seguro de enfermedad, mediante el Decreto de 11 de noviembre de 1943 (BOE, 28-XI-1943).

##### *Segunda sesión de la Comisión [8-VI-1943]*

La segunda sesión se efectuó el 8 de junio de 1943; en ella se informa a los asistentes de que se ha dirigido, por la secretaria de la Comisión, una carta a las siguientes entidades: Sindicato Nacional del Seguro, Mutua de Seguros de Tarrasa, Institución Sindical de Mutualidades, Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de

<sup>500</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.2. "Comisión para redactar el Anteproyecto de Reglamento. Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]. Comisión para redactar el Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]".

<sup>501</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.2. "Comisión para redactar el Anteproyecto de Reglamento. Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]. Comisión para redactar el Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]".

España, Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España y Mutual Sabadellense. En esa carta se invita a las entidades a que formulen ante la Comisión, por escrito y en el plazo de ocho días, aquello que estimen conveniente a sus intereses, para que pudiera ser estudiado e incluido, si se considera oportuno, en el Reglamento.

Asimismo, se informa a los componentes de la Comisión de que se han recibido en el Ministerio de Trabajo, escritos de algunas entidades que han formulado sus aspiraciones: la Asociación Ferroviaria Médico-Farmacéutica, el Colegio Oficial de Agentes Libres de Seguros, las Sociedades Sanitarias de Madrid y distintas mutualidades; se indica que la secretaria de la Comisión está extractando las propuestas.

### *Tercera sesión de la Comisión [10-VI-1943]*

La tercera sesión se llevó a cabo el día 10 de junio; en ella, el farmacéutico Paulino Borrallo Nueda, Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, expone las aspiraciones de los farmacéuticos españoles y las actuaciones que, en su opinión, se deberían llevar a cabo para que el servicio farmacéutico del seguro fuera óptimo, sin que tuviera que instalar farmacias propias:

«La clase farmacéutica vio con profundo estupor la aparición del artículo 32 de la ley que la coloca en una situación de inferioridad al tener que establecer el concierto con el INP, bajo la coacción que significa la redacción de dicho artículo (...), dado el gran número de beneficiarios que quedan obligatoriamente acogidos al seguro de enfermedad, y que en algunos casos sobrepasará el 90 por cien de la población de algunas localidades, se plantea a los farmacéuticos un problema de vida o muerte con la implantación del seguro y el concierto económico subsiguiente (...) la clase farmacéutica, dentro de una gran disciplina y espíritu de sacrificio, está dispuesta a colaborar entusiásticamente en la implantación del seguro de enfermedad, como política directriz del nuevo Estado. Que con la esperanza de que según frase escuchada aquí, el seguro no se hará para médicos y farmacéuticos, pero tampoco contra los mismos. [Recoge la afirmación del Presidente de que el artículo 32 de la Ley no fue redactado así por la Ponencia que elaboró el proyecto]. La realidad es que ahora nos encontramos con una amenaza constante cernida sobre la clase farmacéutica. (...) es tal la importancia del servicio farmacéutico que del mismo depende el fracaso rotundo del seguro, si se cierran los ojos a la realidad y no se piensa en el servicio conjunto, prescindiendo de las grandes urbes y pensando en cambio en las pequeñas poblaciones. [Llama la atención de la Comisión sobre] el problema gravísimo que se plantearía al INP si tuviera que establecer farmacias propias en la mayor parte de las poblaciones españolas con el riesgo económico que ello supone y con las dificultades insuperables para una buena distribución de servicios ya que según datos que posee del Colegio de Madrid, en el último trienio alcanzan un promedio de quinientas mil recetas las despachadas por las farmacias de la capital a las sociedades llamadas de asistencia medico-farmacéutica, que nunca podrán

compararse con la extensión que ha de alcanzar el seguro de enfermedad (...) la única forma viable de establecer las prestaciones farmacéuticas, en beneficio del seguro, de los beneficiarios y, finalmente, de la justicia, es la de establecer las prestaciones farmacéuticas obligatoriamente por todas las farmacias de España, de acuerdo con el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos y Colegios provinciales, según normas que el Consejo General tiene ya presentadas a esta comisión y que, según manifestaciones del Presidente, deberán desarrollarse en el concierto que según la ley ha de establecer el INP y el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos al mismo tiempo de aprobar la correspondiente tarifa»<sup>502</sup>.

Luis Jordana de Pozas contesta que la Comisión comparte los puntos de vista expuestos por Paulino Borrallo; después, el Presidente, Esteban Pérez González, se adhiere a las palabras del Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. En esta misma sesión se aprueba la redacción del artículo 63 del proyecto de Reglamento.

#### *Cuarta sesión de la Comisión [11-VI-1943]*

En la cuarta sesión de la Comisión, celebrada el 11 de junio, no logran alcanzarse acuerdos de interés.

#### *Quinta sesión de la Comisión [15-VI-1943]*

La quinta sesión se desarrolló el día 15 de junio de 1943; en ella, el farmacéutico Juan Muñoz Manzano, pide que se modifique la redacción del artículo 63, aprobado en la del día 10 de junio. Después de discutirse la propuesta de modificación, el artículo 63 del proyecto se redacta de la forma siguiente: «El INP concertará con el Consejo General de Colegios Farmacéuticos un convenio en el que se garantice el buen servicio por todas las farmacias, con una tarifa reducida especial para el Seguro». Esta propuesta se recogió, de forma literal, en el artículo 65 del Reglamento, aprobado el 11 de noviembre de 1943.

#### *Sexta sesión de la Comisión [17-VI-1943]*

---

<sup>502</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.2. "Comisión para redactar el Anteproyecto de Reglamento. Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]. Comisión para redactar el Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]".

La sexta sesión se efectuó el día 17 de junio; en ella se hace constar que la transcripción del artículo 63, realizada en el acta de la sesión anterior, se omitió por «error de copia el segundo párrafo del artículo aprobado», destinado a valorar la tarifa reducida, por lo que se vuelve a redactar el artículo 63 íntegro, quedando de la forma siguiente:

«El Instituto Nacional de Previsión concertará con el Consejo General de Colegios Farmacéuticos un convenio en el que garantice el buen servicio por todas las farmacias, con una tarifa reducida especial para el Seguro.

En la tarifa reducida se tomarán en consideración los conceptos ‘Valor del Medicamento’ y ‘Honorarios Profesionales’»<sup>503</sup>.

Esta redacción, acordada en la sexta sesión, fue la que se trasladó, de forma literal, al Reglamento aprobado.

#### *Séptima sesión de la Comisión [22-VI-1943]*

La séptima sesión se desarrolló el día 22 de junio de 1943; en ella la representación de la Dirección General de Sanidad presenta un proyecto de articulado, desarrollando el contenido del artículo aprobado con el número 101; es Bartolomé Benítez Franco quien defiende la propuesta. También se examina otra, ésta presentada por Joaquín Espinosa Ferrándiz, delegado del Instituto Nacional de Previsión. Después de la valoración de ambas, el artículo 101 queda redactado de la forma siguiente:

«El Estado contribuirá al Régimen mediante la cooperación de las Instituciones de Sanidad pública, con la debida separación de las personas asistidas por la Beneficencia y el Seguro»<sup>504</sup>.

Una vez acordada la cooperación de ambas instituciones, se propuso incluir el detalle de ese acuerdo, ambos literales se incluyeron en el Reglamento aprobado, en el artículo 136, que estaba incluido en la sección I. titulada «De la aportación del Estado»:

«Esta cooperación consistirá:

1º En la prestación gratuita de aquellos servicios que tienen este carácter.

2º En prestar a los beneficiarios del Seguro, a precio no superior al de coste, los servicios establecidos por la Sanidad y la Beneficencia públicas.

---

<sup>503</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.2. “Comisión para redactar el Anteproyecto de Reglamento. Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]. Comisión para redactar el Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]”.

<sup>504</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.2. “Comisión para redactar el Anteproyecto de Reglamento. Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]. Comisión para redactar el Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]”.

3º En que, cuando por consecuencia de la absorción por el seguro de una masa considerable de los asistidos por la Beneficencia, puedan cederse por ésta a aquél inmuebles, instalaciones u otros medios, lo haga también a precio de coste»<sup>505</sup>.

En esta sesión también se realiza la lectura de los informes solicitados a la representación de médicos, farmacéuticos y mutuas. El extracto de los informes remitidos a la Comisión, por las entidades que solicitaron ser oídas, es el siguiente:

- El Consejo de Colegios de Médicos propone que se constituya un escalafón general de médicos para toda España, dividido en secciones, correspondientes a medicina general y especialidades. En este escalafón ingresarán automáticamente los médicos de sociedades anteriores al 18 de julio de 1936 y los adscritos al Instituto Nacional de Previsión, además de los médicos de la 'Obra Sindical del 18 de Julio', que estuvieran vinculados antes del 14 de diciembre de 1942.

- El informe de las mutuas de Terrassa y Sabadell defiende la conveniencia de dar, a la iniciativa privada, libertad para administrar y dirigir el seguro de enfermedad, y se afirma la conveniencia de respetar a las mutuas existentes, fomentando la creación de otras mutualidades similares.

- El informe del Consejo General de Colegios Farmacéuticos dice textualmente: «por indicación de los farmacéuticos, miembros de la Comisión, Muñoz y Borralló, no se somete en el día de hoy al conocimiento de la misma, el informe del Consejo General del Colegios de Farmacéuticos porque sus aspiraciones han sido ya examinadas por la Comisión, en el curso de la discusión del proyecto de reglamento»<sup>506</sup>.

#### *Octava sesión de la Comisión [8-VII-1943]*

La octava sesión se desarrolló el 8 de julio de 1943; en ésta se discutió el contenido de los artículos del proyecto 94 y 121. En el 94 se decide recoger que «la organización, gestión y administración del Seguro, corresponde al Instituto Nacional de Previsión como entidad aseguradora única, mediante la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad que se organizará en el plazo de un mes, a partir de la fecha de la

<sup>505</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.2. "Comisión para redactar el Anteproyecto de Reglamento. Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]. Comisión para redactar el Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]".

<sup>506</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.2. "Comisión para redactar el Anteproyecto de Reglamento. Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]. Comisión para redactar el Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]".

publicación de este Reglamento, con separación de sus demás bienes y responsabilidades». Esta redacción se recogió de forma literal en el artículo 98 del Reglamento probado.

*Novena sesión de la Comisión [9-VII-1943]*

La novena sesión se efectuó el día 9 de julio de 1943; en ésta, entre otro articulado, se estudian los artículos 121 al 123 del capítulo III del Título IV, titulado, «De la prestación y organización de los servicios farmacéuticos». Después del debate, para este articulado se acuerda la siguiente redacción:

El artículo 121 recogió que, «Son servicios farmacéuticos los que éstos presten al Seguro en las farmacias fijas o móviles que suministren medicamentos a los beneficiarios». Este artículo se recogió, de forma literal, en el artículo 126 del Reglamento aprobado.

El artículo 122 quedó redactado en los siguientes términos: «En el concierto que se celebre por el Instituto Nacional de Previsión con el Consejo General de Colegios Farmacéuticos se establecerán las Bases para una organización del Servicio Farmacéutico que garantice el buen servicio por todas las farmacias». Este texto se recogió, de forma literal, en el artículo 127 del Reglamento aprobado.

El artículo 123 fue aprobado con el siguiente literal: «En el caso previsto por el artículo 33 de la ley, de que no se llegase a un acuerdo entre el Instituto Nacional de Previsión y el Consejo General de Colegios Farmacéuticos, el Seguro establecerá farmacias propias, con arreglo a las normas legales y dictará las normas de organización y funcionamiento por que haya de regirse este Servicio». Este artículo se recogió, de forma íntegra, en el artículo 128 del Reglamento aprobado, cerrando el Capítulo III.

En esta misma sesión, Mercedes Sanz Bachiller, representante de la Delegación Nacional de Sindicatos, propone la inserción de un artículo adicional: «Se mantendrá íntegramente el actual régimen y organización o el que en lo sucesivo establezcan las Empresas o Mutualidades siempre y cuando las prestaciones que dispensen sean superiores a las que otorgue al SOE. Con dichas entidades el INP establecerá el oportuno concierto en el que se adoptarán las medidas y garantías precisas para la plena efectividad de dichas prestaciones»; pero esta propuesta no fue aceptada por la Comisión.



*Décima sesión de la Comisión [13-VII-1943]*

La última sesión de la Comisión tuvo lugar el día 13 de julio de 1943; en esta sesión se estudia el escrito del Consejo General de Colegio de Médicos, al que se adhiere el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos, acordando mantener la redacción del artículo 3.

En relación con el artículo 10, Luis Jordana interviene defendiendo el proyecto: se entenderán 'económicamente débiles' los productores cuyas rentas de trabajo, por todos los conceptos, no exceda de 10.000 pesetas anuales. Este límite es revisable y podrá ser modificado por Orden del Ministerio de Trabajo; para la defensa de este contenido, hace un breve resumen comparativo de lo legislado en otros países. Francisco Astigarraga Luzón, Alfonso de la Fuente Chaos, Agustín Aznar Gener, Paulino Borrallo, Rodolfo Reyes y Ángel Gómez Jiménez cierran el debate, tomando la decisión de mantener lo recogido en el proyecto. Sin embargo, en el Reglamento aprobado se incluyó, en el artículo 10, el límite de 9.000 pesetas anuales.

Después, se pasa a estudiar al informe presentado por la Institución Sindical de Mutualidades, el informe de las mutuas de Tarrasa y Sabadell, el del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y el de la Sociedad Madrileña de Tranvías, acordando mantener lo recogido en el proyecto.

La propuesta mas interesante es la que formula el Sindicato Nacional de Seguro: «Que las prestaciones sanitarias sean las mismas para los asegurados y para sus familiares y que lo mismo que se exceptúa a los funcionarios públicos que perciban iguales o superiores beneficios a los que concede la ley, que se otorgue libertad a las empresas que hoy los tienen establecidos, convirtiéndolas en Cajas Colaboradoras». Esta propuesta se acuerda que conste en acta, con el fin de que el Ministro decida -en su día- sobre su inclusión en el proyecto. En relación con esta propuesta, el Reglamento aprobado añadió, en el artículo 19, que, «corresponde al Seguro determinar los casos de excepción»; asimismo, en su artículo 25, se recogió que, «Independientemente de lo establecido en la Ley y en este Reglamento, las Empresas, directamente o a través de mutualidades formadas por ellas podrán ampliar a su costa exclusiva las prestaciones tanto económicas como sanitarias del Seguro». Con ello se cierran los trabajos de esta Comisión.

#### 4.4.2. Texto definitivo del proyecto del Reglamento de la Ley del seguro de enfermedad

En la sesión de 14 de julio de 1943, el Consejo del Instituto Nacional de Previsión se 'da por enterado' de la finalización del proyecto del Reglamento del seguro obligatorio de enfermedad que se había encargado a la Comisión redactora y del nombramiento de Sebastián Criado del Rey para dirigir los servicios del seguro; acuerdan que «Mañana será llevado el texto al Ministro para la resolución que estime oportuna». En cuanto al nombramiento de Sebastián Criado del Rey, el Consejo anota que, «el Ministro de Trabajo ha dado su conformidad al nombramiento de Criado para dirigir todos los servicios preparatorios del seguro de enfermedad o que hayan de incorporarse a él, con la remuneración que tiene asignada en el presupuesto la Jefatura del Servicio de Vejez y Maternidad».

Al día siguiente, el 15 de julio, el Comisario del Instituto Nacional de Previsión, Luis Jordana de Pozas, remite una carta al Ministro de Trabajo donde le expone todos los avances en la organización para la puesta en marcha del seguro; del literal se deduce que Luis Jordana era el directivo técnico central de toda la estructura organizativa:

«Remito dos ejemplares del proyecto de Reglamento (...) sin que por parte de ninguna de las representaciones ni vocales se formularan votos particulares (...) esta Comisaria considera, asimismo, conveniente hacer notar, con respecto al indicado proyecto de Reglamento, que se ha omitido en él la importante cuestión de si el nuevo Régimen de SOE ha de aplicarse a la Agricultura con sujeción al Régimen contenido en la Ley y Reglamento dictados con carácter especial para la Agricultura en cuanto al subsidio de vejez y al subsidio familiar (...) sería prudente esperar a la información valiosa que ha de ser facilitada por los componentes de la Comisión que salió el día 13 del corriente, por expreso acuerdo de ese Ministerio, a visitar el sistema de seguro de enfermedad en varios países de Europa. Ello permitiría también avanzar más en los trabajos de la Comisión de enlace y en la preparación del concierto con la obra de 18 de julio y en su caso con las instituciones sanitarias del Estado, Provincia, y Municipio (...) Por lo que hace a la mencionada Comisión de enlace, aun cuando V.E. está al tanto de sus trabajos por conducto de la Dirección General de Previsión, bueno es hacer constar que ha realizado una labor considerable y muy valiosa, celebrando un gran número de sesiones de Pleno y Ponencias que, habiendo ultimado la formación del Plan Nacional de Instalaciones Médicas o Plan ideal y la del Plan de urgencia, ya tienen muy adelantado el inventario general de instalaciones existentes en España, tanto públicas como privadas y la preparación de las normas generales de funcionamiento de los servicios sanitarios a que hace referencia el artículo 28 de la Ley (...) Por su parte el INP ha continuado incrementando los servicios de la Obra Maternal e Infantil y ha montado los que hacía imprescindibles la preparación del Seguro, bajo la dirección del camarada Sebastián Criado del Rey, que actuó también como secretario de la Comisión redactora del proyecto de Reglamento (...) con la Delegación Nacional de Sindicatos y con la Obra de 18 de julio además

de las conversaciones de carácter general que tuvieron lugar en presencia de V.E. y en que quedaron precisadas muchas de las cuestiones fundamentales, se ha establecido un enlace permanente entre la Delegación Nacional de Sindicatos y el Instituto, del que espero muy buenos resultados. Todo permite, por lo tanto, suponer que la ejecución de la ley de 14 de diciembre pasado se realizará normalmente y que las diversas etapas previstas podrán cubrirse en el tiempo calculado o en otro todavía mas corto. Me permito someter a su elevado criterio la conveniencia de ratificación escrita de este nombramiento [Sebastián Criado del Rey] por si en su día pudiera convertirse en el definitivo de director o jefe de la organización que dentro del instituto haya de funcionar con esta rama»<sup>507</sup>.

El Reglamento de la Ley del seguro de enfermedad se aprobó el 11 de noviembre de 1943 y se publicó el domingo día 28 del mismo mes (*BOE*, 28-XI-1943).

---

<sup>507</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49.2. "Comisión para redactar el Anteproyecto de Reglamento. Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]. Comisión para redactar el Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]".

## CAPÍTULO 5

### **La organización del servicio sanitario del seguro obligatorio de enfermedad: los servicios médicos y la prestación farmacéutica**

La prestación farmacéutica del seguro obligatorio de enfermedad se comenzó a proporcionar a los obreros fijos en el año 1944, al igual que la asistencia de medicina general; éstas serían las primeras prestaciones sanitarias del seguro, pues la atención por maternidad ya se recibía mediante el seguro de maternidad. Dos años más tarde, en diciembre de 1946, se planificó la implantación de otras prestaciones médicas: cirugía general y su hospitalización quirúrgica, oftalmología, otorrinolaringología, radiología, laboratorio y análisis clínicos y el servicio de practicantes. El primero de enero de 1948 se implantaron el resto de las prestaciones y servicios previstos en el Reglamento, excepto el servicio de hospitalización médica no quirúrgica, que se condicionaba a un plan de instalaciones.

El 29 de noviembre de 1951 se aprobó el primer *Petitorio...* de medicamentos y productos farmacéuticos que podrían recetarse a los beneficiarios del seguro de enfermedad; el documento serviría de base para la suscripción de conciertos entre la Jefatura Nacional del Seguro Obligatorio de Enfermedad y los laboratorios farmacéuticos. Sin embargo, antes de ese año 1951, la Jefatura Nacional del Seguro Obligatorio de Enfermedad ya reconocía el derecho a percibir la prestación farmacéutica; por ello, en este capítulo contiene la organización de la prestación farmacéutica hasta la aprobación del *Petitorio...* de 1951 y su posterior revisión, mediante el *Catálogo de especialidades farmacéuticas incluidas en el petitorio...*, vigente desde octubre de 1955.

La descripción de ambas prestaciones, médica y farmacéutica, se realiza conjuntamente, pues una depende de la otra, y, además, la normativa reguladora, el Reglamento para la aplicación de la Ley del seguro obligatorio de enfermedad, aprobado por Decreto de 11 de noviembre de 1943 (BOE, 28-XI-1943), las incluyó en el mismo Título, «Organización del servicio sanitario del seguro»; dedicado a la organización del servicio sanitario del seguro, dividido en tres capítulos: el primero dedicado a describir la prestación de los servicios médicos, el segundo a la organización de estos servicios médicos y el tercero a regular la prestación y la organización de los servicios

## Normas al asegurado.

La presente tarjeta deberá ir siempre unida a la cartilla del Seguro, sin cuyo requisito no tiene validez. Para solicitar asistencia médica, tanto el asegurado como los beneficiarios deberán ir provistos del Documento Nacional de Identidad, si por su edad les corresponde tenerlo.

Las tarjetas se envían a las Empresas para su entrega a los productores.

Cuando el asegurado cause baja en una Empresa y alta en otra, ESTA OBLIGADO A ENTREGAR en la NUEVA EMPRESA la tarjeta que obra en su poder A CAMBIO DE LA NUEVA que le será facilitada por la misma. Si el asegurado no cumple no cumple este requisito la Empresa NO PODRÁ ENTREGARLE la nueva y quedará sin derecho a la asistencia hasta que la entregue.

En toda nueva alta, deberá presentar declaración jurada de beneficiarios.

Si por razones de trabajo u otras causas, tienes necesidad de desplazarte a otra localidad y deseas recibir en la misma asistencia, deberás personarte en la Delegación del I.N.P. con la tarjeta y cartilla, para que te extienda un volante provisional de asistencia antes de desplazarte.

Escudo  
I.N.P.

Ministerio de Trabajo  
S.O.E.

Asegurado n.º

E.C.

N.º

Domicilio

Localidad

Provincia

Médico

Consultorio

Horas

Avisos para consulta domicilio horas: antes 9 mañana  
antes 3 tarde

Serv. Nocturno U.

Tij. n.º

Horas: de 9 noche a 9 mañana

*Revista del Seguro de Enfermedad*, 1(2): 37. Madrid, 1952.

Inspector Médico _____		Compende esta tarjeta -Nombre y apellidos- -Beneficiarios que se relacionan- Fecha nacimiento Portafolio Afiliación a la asistencia	
Oficina en _____ Horas _____			
Expedida la tarjeta _____			
Plazo máximo de validez _____			
Documento Nacional N <sup>o</sup> : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>			
Empresa _____ N <sup>o</sup> _____			
(Firma del asegurado)			
<p align="center"><b>-IMPORTANTÍSIMO-</b></p> <p>Si estas en alta, conserva cuidadosamente esta tarjeta, porque sin su presentación no podrás recibir las prestaciones... Si estas en baja, consérvala también, porque no te entregarán una nueva tarjeta si no es a cambio de la anterior.</p>			

Actualización de la Cartilla del Seguro, reverso de la tarjeta

*Revista del Seguro de Enfermedad, 1(2): 38. Madrid, 1952.*

El 18 de julio de 1945 Francisco Franco formó el primero de sus Gobiernos posterior a la rendición de Alemania; sólo dos falangistas formaban parte de él: José Antonio Girón de Velasco, al frente de la Cartera de Trabajo y Raimundo Fernández Cuesta, en la de Justicia:

«El rol del falangista Girón de Velasco siguió siendo importante en su función ejercida sobre las relaciones laborales a partir de la “revolución pendiente”, con la promesa de una inmediata Seguridad Social y la construcción de las paternalistas Universidades Laborales. Sin embargo, lo primordial ahora era subsistir políticamente y capear la hostil marca exterior. Franco sabía que una

acción militar era descartable y que la probable asfixia económica nunca sería exhaustiva»<sup>508</sup>.

Pero este repliegue aparente del nacional-sindicalismo no pudo evitar el aislamiento internacional de España. En diciembre de 1946, las Naciones Unidas, en una sesión de Asamblea General, condenaron al régimen de Francisco Franco, unos meses antes, el 21 de febrero, se capturó a Cristino García y se le ejecutó junto a otros nueve maquis comunistas. Cristino García era reconocido en Francia como un héroe de la resistencia antialemana, había sido condecorado por el Gobierno francés y se le había nombrado coronel del Ejército francés.

### **5.1. Organización y normas de funcionamiento del servicio médico del seguro obligatorio de enfermedad**

Como hemos dejado señalado, las reticencias de los colectivos médicos a la implantación del seguro de enfermedad se basaban, predominantemente, en causas económicas, de las que formaba parte la incertidumbre profesional; por ello, el Régimen franquista trató de trasladar a este colectivo las ventajas de su implantación, apoyándose en datos económicos. Así, el Jefe Nacional de la 'Obra Sindical del 18 de Julio', Alfonso de la Fuente Chaos, en el anfiteatro de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid, el 12 de febrero de 1943, pocos meses antes de publicarse el Reglamento para la aplicación de la Ley del seguro, pronunció una conferencia donde, entre otras cuestiones, explicó la organización y dirección del servicio médico que la Ley del seguro había encargado a la Obra Sindical<sup>509</sup>. En su disertación, los servicios sanitarios, antes de la implantación del seguro obligatorio de enfermedad, quedaban divididos en tres categorías, según el colectivo de beneficiarios al que estuvieran destinados: beneficencia, económicamente débiles y economía liberada. La atención de la beneficencia le competía al Estado y proponía a los médicos de la beneficencia que, sin renunciar a su puesto, pudieran atender a los beneficiarios del nuevo seguro, «puede un mismo médico realizar ambos servicios con garantía absoluta de eficacia». Defendía que la atención del seguro a los beneficiarios 'económicamente débiles' no disminuiría los ingresos de los médicos privados, pues esta población era atendida fundamentalmente en los escasos hospitales

<sup>508</sup> Bernat MUNIESA I BRITO. *Dictadura y transición: La España lampedusiana*. Barcelona: Edicions Universitat Barcelona, 2005 (cf. págs. 97-98).

<sup>509</sup> Alfonso de la FUENTE CHAOS. "Seguro de Enfermedad. Conferencia del Dr. De la Fuente". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 3(2): 54-62. Madrid, 1943.

públicos. Y respecto a los beneficiarios de 'economía liberada', los dividía en dos grupos: los «de suficientes ingresos», que atraviesan una insuficiencia económica, «debido a la carestía accidental de la vida social», y los «de economía suficiente». De esos beneficiarios de 'economía liberada', el primer grupo era el más numeroso, y, generalmente, estaba asociado en cooperativas y sociedades; por lo que la 'Obra Sindical del 18 de Julio', proponía a los médicos de esas sociedades la creación de cooperativas, en colaboración con la 'Obra Sindical de Cooperación', «donde se encuadren los que hoy prestan servicios, con la seguridad de que, en lo económico y en lo funcional, estarán supeditados a la ética moral de nuestra doctrina»<sup>510</sup>.

Una vez implantada la prestación médica, en 1955, el Jefe Nacional del Seguro Obligatorio de Enfermedad, Daniel Pérez Sáenz de Miera, realizó unas declaraciones ampliamente difundidas en los medios de comunicación, donde defendía la repercusión positiva que había supuesto el seguro para los ingresos de los médicos; de acuerdo con sus datos, un 60 por ciento de los asegurados procedían de la asistencia benéfica y, por ello, antes de la implantación del seguro obligatorio de enfermedad, no realizaban ninguna aportación económica a los médicos; aproximadamente un 30 por ciento aportaba algún ingreso de forma esporádica, generalmente a través de los igualatorios médicos; y solo el 1 por ciento [sic] de asegurados aportaban ingresos a los profesionales de la medicina antes de la implantación del seguro obligatorio de enfermedad, con lo que, una vez implantado éste, al realizar aportaciones todos los asegurados y las empresas correspondientes, el sistema contaba con recursos nuevos para pagar adecuadamente los servicios médicos, además de quedar numerosos ciudadanos a disposición de la medicina privada, al no estar comprendidos en el campo de aplicación del seguro obligatorio de enfermedad:

«Fue al conjuntarse todos esos porcentajes de la sociedad española dentro de una obra de solidaridad y de previsión, cuyos gastos recaen sobre trabajadores y empresas, cuando se hizo posible que se reivindicasen para las clases sanitarias españolas cifras como la de 48.000.000 de pesetas mensuales, que importa la nómina del Seguro y que constituyen unos ingresos absolutamente firmes, con los que antes del Seguro de Enfermedad, y sin él, no hubieran podido contar los sanitarios españoles (...)

---

<sup>510</sup> Alfonso de la FUENTE CHAOS. "Seguro de Enfermedad. Conferencia del Dr. De la Fuente". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 3(2): 54-62. Madrid, 1943.



El seguro cubre las necesidades asistenciales de unos 10.000.000 de españoles, y obsérvese el volumen de la población española que está fuera del Seguro y a disposición de la Medicina Privada»<sup>511</sup>.

En la Ley del seguro era el artículo veintiocho el que establecía que el servicio médico se organizaría por el Instituto Nacional de Previsión, con arreglo a un Plan Nacional de instalaciones y desenvolvimiento y a unas normas generales de funcionamiento, elaboradas por una Comisión de enlace presidida por el Subsecretario de Trabajo, que podría delegar en el Director general de Previsión, y en la que estarían representados, la Dirección General de Sanidad, la Delegación Nacional de Sindicatos de FET - JONS y el Instituto Nacional de Previsión. Esta Comisión de enlace se estableció mediante la Orden de 11 de febrero de 1943, del Ministerio de Trabajo (BOE, 17-II-1943), quedando destinada a elaborar las normas generales de funcionamiento del servicio médico del seguro de enfermedad, en base a lo contenido en la Ley del seguro obligatorio de enfermedad y, además, sería la encargada de elaborar un Plan Nacional de instalaciones y desenvolvimiento del servicio médico.

El artículo primero de esa Orden establece la estructura de la Comisión, presidida por el Subsecretario de Trabajo, que contaría con doce vocales: cuatro designados por la Dirección General de Sanidad (los cuatro médicos: Laureano Olivares, José Estella Bermúdez de Castro, Francisco Astigarraga Luzón y Bartolomé Benítez Franco), otros cuatro por la Delegación Nacional de Sindicatos de FET - JONS (tres de ellos médicos de la 'Obra Sindical del 18 de Julio': Alfonso de la Fuente Chaos, Agustín Aznar Gener, José Gómez-Sabugo) y, los cuatro restantes, designados por el Instituto Nacional de Previsión (dos de ellos médicos: Primitivo de la Quintana y Joaquín Espinosa)<sup>512</sup>. Este reparto hizo que, en estas materias de tanta trascendencia, la Dirección General de Sanidad estuviera en clara minoría para la toma de decisiones.

En el artículo segundo y último de esa Orden de febrero de 1943 se asignaban competencias al Instituto Nacional de Previsión para organizar el servicio médico del seguro de enfermedad, pero siempre que estuvieran de acuerdo con las normas que elaborase la mencionada Comisión de enlace; con lo que el Instituto se convertía en un organismo técnico, dirigido por la Comisión de enlace.

---

<sup>511</sup> Andrés TRAVESI. "Hace ya once años que funciona en España el Seguro Obligatorio de Enfermedad. Facilita a los trabajadores asistencia económica y médico-farmacéutica [Entrevista a Daniel Pérez Sáenz de Miera]. ABC, [26-IX-1955]: 19-21. Madrid, 1955.

<sup>512</sup> Sebastián CRIADO DEL REY. *Problemas sanitarios del Seguro de Enfermedad*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1947 (cf. pág. 16).



Caja Nacional del Seguro de Enfermedad: oficinas centrales (Madrid)

Archivo fotográfico del Instituto Nacional de Previsión

Asimismo, en la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad del Instituto Nacional de Previsión se organizó otra Comisión, denominada «de Enlace con la Dirección General de Sanidad y otros organismos oficiales»<sup>513</sup>. Esta Comisión estaba formada por el Subdirector médico de la Caja y los seis jefes del departamento médico, dos médicos de

<sup>513</sup> Sebastián CRIADO DEL REY. *Op. cit. ut supra*, cf. pág. 16.

la Dirección General de Sanidad (Carlos Mestre Rossi y Manuel Oñorbe), un médico de la Dirección de Lucha Antituberculosa (Morales), un médico representante del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (Agulló), un farmacéutico representante del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (su secretario, José Rodríguez de Silva) y un médico representante de la 'Obra Sindical del 18 de Julio' (Ercilla). Esta Comisión efectuaba dos sesiones semanales desde que comenzó a actuar, dos meses antes de la implantación del seguro, donde se debatían todos los problemas sanitarios que se planteaban en el seguro de enfermedad, con el objeto de asesorar a la Dirección de la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad, a cuyo frente se encontraba el abogado falangista Sebastián Criado del Rey, que había sido excombatiente a las órdenes de José Antonio Girón de Velasco, durante la guerra civil, y que había participado en la segunda línea de la División Azul, durante un año.

Las normas que debía redactar la Comisión de enlace, tanto para la organización de los servicios médicos del seguro como para la elaboración del plan de instalaciones, tenían que ajustarse a lo establecido en el capítulo quinto de la Ley de 1942, de creación del seguro, titulado «Organización del servicio sanitario» y, en el Título IV de su Reglamento, denominado también «Organización del servicio sanitario», aprobado nueve meses después de haberse nombrado la Comisión de enlace. Estas normas habían determinado que los servicios médicos se podrían prestar a través de diversas instituciones, previamente concertadas con el Instituto Nacional de Previsión. El esquema organizativo sería el siguiente<sup>514</sup>:

- Con carácter general, los servicios médicos se prestarían por la 'Obra Sindical del 18 de Julio' quien, para dicha prestación médica, debía suscribir un concierto con el Instituto Nacional de Previsión, que regulara la prestación de servicios médicos y el aprovechamiento de los inmuebles y otro material del patrimonio de esta Obra Sindical.

- De forma excepcional, los servicios médicos se prestarían por instituciones dependientes del Estado, provincia o municipio, y por otras instituciones públicas. Todas ellas debían formalizar un concierto con el Instituto Nacional de Previsión, una vez «oída» la 'Obra Sindical del 18 de Julio' para la redacción de los aspectos sanitarios.

- Por último, también de forma excepcional, los servicios médicos se prestarían por instituciones privadas que hubieran suscrito un concierto con el Instituto Nacional de

---

<sup>514</sup> Pedro SANGRO Y ROS DE OLANO. "Clausura de la exposición de anteproyectos de edificios sanitarios para el seguro de enfermedad en el Círculo de Bellas Artes, el día 25 de noviembre de 1946". En: Sebastián Criado del Rey (ed.). *Problemas sanitarios del Seguro de Enfermedad*. 6-7. Madrid. Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1947 (cf. págs. 6-7).

Previsión, en este caso, debería preceder un informe favorable de la 'Obra Sindical del 18 de Julio'.

Antes de la publicación del Reglamento del seguro, de noviembre de 1943, se aprobó la Orden Ministerial sobre designación de médicos del seguro, el 21 de julio de 1943 (*BOE*, 4-VIII-1943), y dos años más tarde, en el año 1945, se creó una Ponencia dentro del Consejo del Instituto Nacional de Previsión, para desarrollar un plan de instalaciones y desenvolvimiento.

En esta organización de la estructura del Seguro Obligatorio de Enfermedad hay que incluir la Orden del Ministerio de Trabajo, de 3 de junio de 1944 (*BOE*, 1-VII-1944), promulgada durante la primera etapa de implantación, que se aprobó en ejecución del artículo 36 de la Ley del seguro y de sus disposiciones transitorias quinta y sexta. En esa Orden se detallaban las prestaciones obligatorias en dicha primera etapa de implantación, y la fecha de comienzo. El apartado tercero de la Orden establecía que, «las prestaciones obligatorias a cargo del seguro obligatorio de enfermedad en esta primera etapa de implantación serán la asistencia de Medicina General, Farmacia e Indemnización económica por enfermedad» y, el apartado cuarto, fijaba que «la primera etapa de implantación del seguro comenzará el día primero de julio próximo y comprende solamente los obreros fijos». La misma Orden, en su apartado séptimo, se ocupaba de mantener en vigor el seguro de maternidad hasta el inicio de la segunda etapa del seguro de enfermedad.

Por lo tanto, la prestación farmacéutica se comenzó a proporcionar a los obreros fijos en primero de julio del año 1944, al igual que la asistencia de medicina general, éstas serían las primeras prestaciones sanitarias del seguro, pues la atención por maternidad ya se recibía por el seguro de maternidad.

Dos años mas tarde, mediante el Decreto de 13 de diciembre de 1946 (*BOE*, 29-XII-1946), se planificó la implantación de las diferentes prestaciones médicas. En concreto, el artículo primero establecía que, desde el 1 de enero de 1947, se declaraban implantadas, con carácter preceptivo, en todo el territorio nacional, las prestaciones de cirugía general y hospitalización quirúrgica, oftalmología, otorrinolaringología, radiología, laboratorio y análisis clínicos, previstos en el artículo 34 del Reglamento, a la par que el servicio de practicantes. En primero de enero de 1948 se implantarían, igualmente con carácter preceptivo, el resto de las prestaciones y servicios previstos en el Reglamento,

excepto el servicio de hospitalización médica, que se condicionaba a un plan de instalaciones.

Por lo tanto, para la prestación de asistencia sanitaria especializada habría que esperar hasta el inicio del año 1948<sup>515</sup>, cuando la Ley se había aprobado al final del año 1942. En ese año de 1948, además, se aprobó una norma específica que regulaba la puesta en funcionamiento de las prestaciones sanitarias del seguro, era el Reglamento de servicios sanitarios del seguro obligatorio de enfermedad, aprobado mediante la Orden Ministerial de 20 de enero de 1948 (*BOE*, 30-III-1948, 31-III-1948, 1-IV-1948), donde ya se incluía la asistencia sanitaria especializada<sup>516</sup>. Este Reglamento constaba de dos títulos, al que se añadía uno preliminar:

- El Título preliminar, «Parte general», incluía un capítulo único donde se establecían las definiciones y los fines sanitarios del seguro.

- El Título primero, «Personal sanitario», contaba con cuatro capítulos: el primero recogía la clasificación, funciones, nombramiento y régimen del personal sanitario; en el segundo se establecían las licencias y situaciones; el tercero detallaba los honorarios y, el cuarto, regulaba las recompensas y sanciones.

- El Título segundo, dedicado a «Asistencia sanitaria», presentaba siete capítulos: en el primero se establecía el derecho a la asistencia; el segundo detallaba las clases de asistencia; en el tercero se regulaban los honorarios de asistencia; el cuarto determinaba las zonas de asistencia y la asignación de familias; en el quinto se regulaba la elección de facultativo; el sexto estaba dedicado a la medicina preventiva y, en el séptimo, se abordaban las prestaciones farmacéuticas.

En esta organización inicial del seguro de enfermedad tuvo especial importancia la reorganización del Instituto Nacional de Previsión y la modificación de su estructura, derivada de la complejidad de gestión de los seguros sociales, pero sobre todo de la repercusión extraordinaria del seguro obligatorio de enfermedad en el ámbito sanitario, un sector social y económico prioritario del país al estar formado por la industria farmacéutica,

---

<sup>515</sup> Al implantarse las especialidades médicas, la nueva prima del seguro obligatorio se estableció en el 6,25 por ciento de las rentas de trabajo de los asegurados, mediante el Decreto de 13 de diciembre de 1946 (*BOE*, 29-XII-1946). Mas tarde, la Orden del Ministerio de Trabajo, de 29 de enero de 1948 (*BOE*, 3-II-1948), aumentó la prima al 8 por ciento, a partir de enero de 1948.

<sup>516</sup> El Decreto del Ministerio de Trabajo de 9 de enero de 1948 (*BOE*, 21-I-1948), por el que se implantan las prestaciones de especialidades médicas, reguló el funcionamiento de las cuentas de reservas obligatorias, que debían constituir tanto la Caja Nacional como las entidades colaboradoras.

los profesionales sanitarios y las entidades colaboradoras y concertadas con el Seguro<sup>517</sup>. Derivada de esta nueva organización del Instituto Nacional de Previsión, el nuevo Consejo de Administración se constituyó mediante la Orden de Trabajo de 14 de octubre de 1950 (BOE, 16-X-1950). La composición fue la siguiente:

Tabla XII. Composición del Consejo de Administración del Instituto Nacional de Previsión, constituido mediante Orden del Ministerio de Trabajo de 14 de octubre de 1950 (BOE, 16-X-1950).	
Presidente	Pedro Sangro y Ros de Olano <sup>518</sup>
Vicepresidente	Hermenegildo Baylos Corroza
Director general	Luis Jordana de Pozas
Representante de la Sanidad Nacional	Bartolomé Benítez Franco
Representante de la Secretaría General del Movimiento	Agustín Aznar Gener
Delegado Nacional de Sindicatos	Fermín Sanz Orrio
Jefe Nacional de la Obra Sindical de Previsión Social	Mercedes Sanz Bachiller
Representante del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España	Fernando Paz Espeso
Representante del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España	Ramón Turrientes Miguel <sup>519</sup>

A los que se añadían un director técnico, un director de subsidios y seguros unificados, un director adjunto a la presidencia, un director de servicios especiales y de administración, un representante del Ministerio de Hacienda y otro del de Agricultura, un representante del Instituto Social de la Marina, tres representantes de los trabajadores

<sup>517</sup> La reorganización del Instituto Nacional de Previsión se aprobó mediante Decreto de 14 de julio de 1950 (BOE, 18-VII-1950; rect. BOE, 10-VIII-1950).

<sup>518</sup> Nombrado mediante Decreto de 21 de julio de 1950 (BOE, 20-VIII-1950).

<sup>519</sup> Ramón Turrientes de Miguel (1899-1982) tuvo farmacia abierta en la calle Almirante de Madrid; en 1926 ingresó, por oposición, en el Laboratorio Municipal de Madrid; fue director del laboratorio de la Institución Municipal de Puericultura, presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, Tesorero de la Unión Farmacéutica Nacional, Tesorero de la Previsión Médica Nacional, Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España, Consejero Nacional de Sanidad, Consejero del Instituto Nacional de Previsión y miembro de la Real Academia de Farmacia. ([EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. "La Gran Cruz de Sanidad al Doctor Turrientes". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos*, 75: 4-5. Madrid, 1949; [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. "In memoriam. Semblanza de Ramón Turrientes Miguel", *Boletín del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 70: 47. Madrid, 1983).

elegidos por la organización sindical, nueve representantes del Ministerio de Trabajo y un secretario.

Un mes más tarde, y mediante el Decreto de 10 de noviembre de 1950 (*BOE*, 8-XII-1950), al Consejo de Administración del Instituto Nacional de Previsión se añadió un representante del Ministerio de Industria y Comercio, pues, como se exponía en el Decreto, «se ha demostrado la conveniencia de que en el mismo esté representado (...) en razón a la importancia social del ámbito que a dicho departamento está encomendado». Esta participación de Industria y Comercio en el Consejo del Instituto Nacional de Previsión, no sólo se derivaba de la importancia cuantitativa del colectivo protegido por el seguro que trabajaba en la industria, sino que también se debía a que, en ese año de 1950, se comienza a analizar el elevado gasto farmacéutico que asumía el seguro y, en la política de precios de los medicamentos, participaba ese Ministerio.

En el mismo año, mediante el Decreto de 21 de julio de 1950 (*BOE*, 20-VIII-1950), se complicó aún más la estructura de la que emanaban decisiones de carácter sanitario al crearse la Jefatura Nacional del Seguro de Enfermedad dependiente de la Dirección General de Previsión. En su preámbulo, el Decreto trataba de justificar la nueva Jefatura al señalar que «la importancia y el volumen de los problemas que ofrece la aplicación del Seguro de Enfermedad, la complejidad de las prestaciones y la variedad de las entidades que colaboran en su realización e intereses profesionales y económicos a los que afecta aconsejan que la Dirección General de Previsión disponga de un órgano administrativo que posea la categoría y los medios suficientes para llevar a cabo las funciones de coordinación y ordenación sanitarias en este Seguro Social, mediante la creación de una Jefatura Nacional del Seguro de Enfermedad a la que se atribuyan los servicios que hoy están encomendados a la sección del seguro de Enfermedad de la Dirección General de Previsión». Esta nueva Jefatura, pocos meses después, se haría cargo de la elaboración del *Petitorio...* del Seguro de Enfermedad para la prestación farmacéutica.

#### **5.1.1. La selección de médicos del seguro de enfermedad**

El artículo 30 de la Ley del seguro de 1942 establecía el sistema de habilitación de un número determinado de profesionales médicos, en él se establece que «Cada médico del seguro tendrá a su cargo la asistencia de los beneficiarios que determinadamente se le asignen, residentes todos en una zona prefijada y cuyo número no exceda del que reglamentariamente se fije». Este número de beneficiarios se establece en el artículo 118

del Reglamento, allí se recoge que «el número de familias asignadas a cada médico de medicina general no será superior a quinientas». El procedimiento para la designación de los médicos del seguro de enfermedad estaba previsto en la primera disposición transitoria de la Ley, en ella se establecía: «la designación de médicos del seguro será hecha al implantarse éste, mediante concurso, en el cual serán méritos preferentes los servicios prestados con nombramiento anterior al 18 de julio de 1936 en entidades privadas que practiquen el seguro de enfermedad, y en poblaciones rurales, los prestados por los médicos de asistencia pública domiciliaria». Aunque los servicios médicos prestados a la 'Obra Sindical 18 de Julio' y a la Obra Maternal e Infantil del Instituto Nacional de Previsión no tuvieron, inicialmente, la consideración de méritos preferentes en dicha disposición transitoria, una normativa posterior les otorgó esta consideración.

La convocatoria del concurso fue aprobada, mediante Orden Ministerial, el 21 de julio de 1943, en ella se contenían las bases elaboradas, en mayo de 1943, por una ponencia integrada por Sebastián Criado del Rey, Alfonso de la Fuente Chaos, Laureano Olivares, Agustín Aznar Gener, José Estella Bermúdez de Castro y Primitivo de la Quintana López<sup>520</sup>. Las normas elaboradas por esa ponencia fueron aprobadas por la Comisión de enlace y elevadas al ministro Girón de Velasco. El tribunal del concurso se formó por representantes de la Dirección General de Sanidad, de la Delegación de Sanidad de Falange, del Instituto Nacional de Previsión, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid, del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos y de la 'Obra Sindical 18 de Julio'; la mayoría estaba formada por los representantes del Instituto Nacional de Previsión y del Partido único.

Las instancias presentadas rebasaron la cifra de 21.000, para la selección de 16.000 médicos de familia que estarían destinados a las, aproximadamente, 9.000 localidades donde actuaría el Seguro. La resolución del concurso planteó muchas reclamaciones, que no fueron analizadas y, por lo tanto, no se atendieron. Las reclamaciones más numerosas denunciaban que se habían aceptado médicos con méritos preferentes cuando carecían de ellos. La decisión de no revisar la documentación justificativa de dichos méritos, la explicaba el Director de la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad, Sebastián Criado del Rey, en una conferencia dictada en noviembre de 1946:

---

<sup>520</sup> Sebastián CRIADO DEL REY. *Problemas sanitarios del Seguro de Enfermedad*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1947 (cf. pág. 22).



«Contra el fallo del Tribunal se presentaron miles de reclamaciones (hemos de señalar que la mayor parte infundadas), (...) A fuer de veraces, hemos de señalar que, resuelto el concurso, se ha criticado por los médicos clasificados en las Escalas libres el hecho de que en las preferentes de la Obra '18 de julio' y de Sociedades se hallen incluidos algunos profesionales que realmente no debieron figurar en las mismas por no haber prestado sus servicios en aquéllas con las condiciones y en el tiempo exigidos por la Ley y disposiciones complementarias.

Esto, de ser cierto, perjudica, naturalmente, a un sector de médicos de la Escala libre, que se ven alejados de momento de iniciar la prestación de sus servicios, y, en algunos casos, definitivamente imposibilitados de hacerlo ingresando a través de las Escalas, por exceder el número de los incluidos en éstas del que determinan las posibilidades de absorción del seguro.

Es necesario decir que ninguno de los que formulan estas acusaciones atribuye el defecto al Tribunal, cuya integridad y espíritu de justicia, así como recto y metódico proceder, se reconoce por todos. Señalan, sin embargo, que los documentos y certificados sobre los que aquél tuvo que juzgar no reflejan la realidad de una prestación de servicios, ni del tiempo en que tuvo lugar. Y se basan en esta suposición para pedir una nueva revisión de las Escalas.

Yo, realmente, no puedo creer que sea cierta la acusación; pero si lo fuera, los contadísimos casos de falsedad que existiesen no justificarían una nueva revisión de las Escalas, con el consiguiente nuevo aplazamiento de los nombramientos definitivos, sino, todo lo más, una denuncia criminal por falsedad ante el Juzgado de Guardia.

Vemos, pues, que esta ventaja de la garantía en la selección puede considerarse totalmente lograda»<sup>521</sup>.

A raíz de estas declaraciones del Director de la Caja, Sebastián Criado del Rey, parece claro que la selección de los médicos del seguro no fue rigurosa, no solo por el hecho de no haber detectado los justificantes que contenían falsedades o inexactitudes relativas a la necesaria prestación de servicios previos, sino, sobre todo, por la falta de tramitación de las reclamaciones planteadas por médicos participantes en el proceso selectivo. Por lo que el procedimiento de selección de los médicos del seguro no se resolvió conforme a la legalidad, careciendo del necesario respeto a los derechos de los ciudadanos, tanto de los asegurados y beneficiarios del seguro, a quienes se les debía haber proporcionado los médicos con mayores méritos, como de los médicos participantes en el proceso.

Pero, además, en esas declaraciones, Sebastián Criado del Rey alude a que las falsedades sólo podrían encontrarse en los certificados expedidos por la organización sindical, la Obra Sindical '18 de Julio' y por las entidades privadas. Con lo que la adscripción al seguro de médicos afines al Partido único debió ser un hecho en el que no parece caber ninguna duda.

---

<sup>521</sup> Sebastián CRIADO DEL REY. *Op. cit. ut supra*, cf. pág. 25.

### 5.1.2. El Plan Nacional de instalaciones sanitarias

El artículo 130 del Reglamento del seguro obligatorio de enfermedad, de 11 de noviembre de 1943 (BOE, 28-IX-1943), preveía que el Consejo del Instituto Nacional de Previsión podría efectuar anticipos al seguro de enfermedad, con cargo a los excedentes y fondos de los regímenes de subsidio y seguros sociales, con el fin de constituir su capital fundacional y financiar los gastos de primer establecimiento. Estos importes, según el artículo 131 del mismo Reglamento, serían reintegrados por el seguro de enfermedad en la forma en que se aprobase por el Ministerio de Trabajo, a propuesta del Consejo del Instituto Nacional de Previsión. Entre esos gastos, el Ministerio de Trabajo decidió que debían considerarse los necesarios para la creación de una red de instalaciones sanitarias:

«... para dar efectividad a las prestaciones de asistencia sanitaria completa y de hospitalización establecidas con carácter general por los artículos 10 y 13 de la Ley de 14 de diciembre de 1942 y por el artículo 15 de la misma ley, con referencia a las asistencias en los casos de maternidad. En consonancia con los anteriores preceptos, el Instituto elevó al Ministerio de Trabajo un Plan de Instalaciones Sanitarias, el cual fue aprobado en 19 de enero de 1945 por Orden del referido ministerio»<sup>522</sup>.

Posteriormente, mediante la Orden de 5 de julio de 1945 se creó una ponencia, dentro del Consejo del Instituto Nacional de Previsión, para desarrollar y poner en práctica el referido Plan de Instalaciones Sanitarias. En consecuencia, la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad del Instituto Nacional de Previsión convocó, en el mes de marzo de 1946, un concurso de anteproyectos para la construcción de ambulatorios y residencias sanitarias:

«La exposición de dichos anteproyectos, que fueron dieciséis, se celebró en el Círculo de Bellas Artes, desde el 11 al 25 de noviembre del pasado año [1946] (...). El Plan cuya ejecución está prevista en dos etapas, tiende a dotar a los ocho millones de españoles que actualmente reciben las prestaciones del seguro de enfermedad de una amplia red de instalaciones sanitarias de nueva planta que abarca 86 residencias sanitarias de quinientas o cien camas cada una; 146 ambulatorios completos y 110 ambulatorios reducidos (...). Se proyecta levantar las residencias sanitarias en las capitales de provincia y núcleos de población importantes e instalar los ambulatorios principalmente en los centros rurales»<sup>523</sup>.

<sup>522</sup> INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. *Edificios sanitarios para el Seguro de Enfermedad*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1947 (cf. págs. 3-4).

<sup>523</sup> INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. *Op. cit. ut supra*, cf. pág. 4.

La resolución del concurso se produjo el 14 de noviembre de 1946, en la sede central del Instituto Nacional de Previsión, por el jurado calificador que estaba formado por: Pedro Sangro y Ros de Olano, Presidente del Instituto; Luis Jordana de Pozas, Comisario del Instituto; Sebastián Criado del Rey, Director de la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad; Miguel Lafont Lopidana, Subdirector médico de la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad; Eduardo Garay Garay, arquitecto-jefe del Departamento Especial de Arquitectura del Instituto; Juan Zabala Lafora, arquitecto-jefe del Departamento Especial de Arquitectura del Instituto; Manuel Cárdenas Pastor, arquitecto nombrado por la Dirección General de Arquitectura; Pascual Bravo San Feliu, arquitecto nombrado por el Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid; Adolfo López-Durán, arquitecto elegido por los concursantes en representación del Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid y secretario de la subponencia<sup>524</sup>.

Los premios del concurso se adjudicaron a los siguientes arquitectos<sup>525</sup>:

- Anteproyecto de ambulatorio completo: 1<sup>er</sup> y 2<sup>o</sup> premio, desiertos; 3<sup>er</sup> premio: Ambrosio Arroyo Alonso.
- Anteproyecto de residencias sanitarias para 100 camas: 1<sup>er</sup> premio: Manuel Martínez Chumillas y Luís Laorga.
- Anteproyecto de residencia sanitaria para 500 camas: 1<sup>er</sup> premio: Aurelio Botella Enríquez y Sebastián Vilata Valls.

Posteriormente, los proyectos de ejecución y la dirección de las obras se realizaron por un reducido grupo de arquitectos, al igual que las obras de construcción, que se efectuaron por un pequeño número de empresas. De la situación, en el año 1954, de las primeras obras del Plan de Instalaciones del Seguro de Enfermedad<sup>526</sup>, se extraen los siguientes datos:

- Arquitectos adjudicatarios de residencias sanitarias: Eduardo Garay Garay (Albacete, Alicante), Aurelio Botella Enríquez (Badajoz, Barcelona, Cáceres, Gerona), Martín José Marcide (Mahón, Palma de Mallorca, Burgos, Vigo, Bilbao, Zamora), Juan Zabala Lafora (Córdoba, Sevilla), Germán Álvarez de Sotomayor (Jaén, Lugo, Málaga) y Fernando García Mercadal (Lérida, Zaragoza).

<sup>524</sup> INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. *Op. cit. ut supra*, cf. pág. 11.

<sup>525</sup> INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. *Op. cit. ut supra*, cf. pág. 12.

<sup>526</sup> [EDITORIAL. REVISTA DEL SEGURO DE ENFERMEDAD]. "Situación de las obras del Plan Nacional de Instalaciones del Seguro de Enfermedad, correspondientes a los meses de julio, agosto y septiembre de 1954". *Revista del Seguro de Enfermedad*, 2(8/9): 59-64. Madrid, 1954.

- Arquitectos adjudicatarios de ambulatorios: Eduardo Garay Garay (Estella), Aurelio Botella Enríquez (Madrid-Quintana), Martín José Marcide (León) y Fernando García Mercadal (Oviedo).

Las cuatro empresas constructoras privadas que realizaron las obras, a la que se añadió la pública militar, fueron las siguientes: *Eguinoa Hermanos* (cuatro residencias), *Agroman* (cuatro residencias y un ambulatorio), *Beamonte* (cinco residencias y dos ambulatorios), *Huarte y Cia* (cinco residencias y un ambulatorio) y los Servicios militares de Construcción (una residencia)

Del análisis del desarrollo del plan de instalaciones se aprecia una excesiva concentración de contratos en un reducido número de adjudicatarios, por lo que podría deducirse una falta de suficiente publicidad y concurrencia de licitadores.

El Decreto de 12 de marzo de 1948 (*BOE*, 7-IV-1948) declaraba de interés nacional las obras del Plan de Instalaciones Sanitarias del Seguro Obligatorio de Enfermedad, lo que implicaba que podía intervenir el Servicio Militar de Construcciones y que los pedidos para la construcción tendrían preferencia. El Servicio Militar de Construcciones se creó por la Ley de 2 de marzo de 1943 (*BOE*, 17-III-1943) y su artículo tercero establecía las obras que le correspondía ejecutar, entre otras, las que afectasen al Ministerio del Ejército, las de interés nacional cuando por las circunstancias que en ellas concurriesen así lo acordara el Gobierno y las obras públicas que hubieran quedado desiertas en las subastas correspondientes.

### **5.1.3. Entidades colaboradoras en la gestión del seguro obligatorio de enfermedad**

El proyecto de normas generales para la organización de los servicios médicos del Seguro de Enfermedad, que elaboró la Comisión de enlace, desarrolló las bases para el establecimiento de los conciertos que, el artículo 106 del Reglamento, autorizaba a celebrar con Instituciones privadas o públicas para la prestación de los servicios médicos; mas tarde, fue el Decreto de 2 de marzo de 1944 (*BOE*, 16-3-1944) el que reguló una forma de concierto con competencias muy amplias para determinadas entidades, a las que denominó 'colaboradoras'; se trataba de un sistema equivalente al establecido para el régimen de subsidios familiares, mediante la colaboración de las empresas en la recaudación y en la distribución de los beneficios. En ese Decreto se justificaba la colaboración de estas empresas con el seguro de enfermedad en que facilitarían la

gestión administrativa de la Caja del Seguro y así podrían mejorar los servicios sanitarios, pues éstos se abaratarían por la acción inmediata de la entidad delegada, al encontrarse cerca de los asegurados. Y, en consecuencia, el Instituto Nacional de Previsión podría centrar su acción en las zonas de población de poca densidad, pues las entidades colaboradoras estaban establecidas, preferentemente, en las zonas mas pobladas. En realidad, esta colaboración se trataba de una delegación de facultades de la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad, dependiente del Instituto Nacional de Previsión, en entidades públicas o privadas.

En el artículo segundo del Decreto se dividían las entidades delegadas para la gestión del seguro de enfermedad en cinco grupos:

- Primero: La Organización Sindical, adaptada a las normas que se establezcan para su adecuado funcionamiento por el Ministerio de Trabajo, a propuesta de la Delegación Nacional de Sindicatos, previo informe de la Dirección General de Previsión.
- Segundo: Las empresas, mutualidades y montepíos o igualatorios de asistencia médico-farmacéutica que, con anterioridad al 18 de julio de 1936, tuviesen organizada alguna modalidad de asistencia sanitaria o prestación económica por enfermedad a su personal o afiliados.
- Tercero: Las compañías mercantiles de seguros que, con anterioridad al 18 de julio de 1936, practicasen el seguro de enfermedad, no pudiendo concertar con el Instituto Nacional de Previsión más volumen de cartera que el total resultante de la misma a la fecha de publicación de esta norma.
- Cuarto: Las creadas como consecuencia de las disposiciones dictadas en las Reglamentaciones del Trabajo.
- Quinto: Las cajas de empresas, mutualidades y montepíos, no comprendidos en los apartados anteriores, a quienes se conceda esta especial consideración, por autorización expresa del Ministerio correspondiente.

Todas estas entidades debían cumplir unos requisitos generales y otros específicos, y sus facultades y obligaciones, una vez otorgado el carácter de colaboradoras, debían ser las siguientes:

- a) Efectuar la recaudación de las aportaciones atribuidas a los empresarios y trabajadores para el seguro de enfermedad.
- b) Atender a las prestaciones económicas del seguro.
- c) Prestar la asistencia médica a los asegurados y a sus familiares beneficiarios.

d) Satisfacer a los Colegios Provinciales de Farmacéuticos el importe de los medicamentos suministrados, con arreglo a la tarifa que se establezca para el Seguro.

Las autorizaciones para establecer estos conciertos las debía conceder el Ministerio de Trabajo y se debían inscribir en un Registro. Estas entidades, concertadas con el Instituto Nacional de Previsión para atender a la prestación del Seguro, obtendrían un porcentaje de las cuotas recaudadas y el resto lo debían entregar a la Caja Nacional. Posteriormente, se publicaron diversas órdenes ministeriales destinadas a clasificar las funciones de estas entidades colaboradoras del Instituto Nacional de Previsión.

Con el objeto de dar una visión de la amplitud de acción que tenían estas entidades en los diversos sectores productivos y, por ello, el importante poder financiero del que disponían, detallaremos algunas de ellas en la tabla XIII, indicando la norma donde se declaran como entidad colaboradora del Instituto Nacional de Previsión, en el seguro de enfermedad. Algunas de ellas, como las cajas de empresa, su ámbito estaba limitado al personal al servicio de la empresa respectiva:

Tabla XIII. Algunas de las cajas de empresas, mutualidades y montepíos vinculados, como entidades colaboradoras, al Instituto Nacional de Previsión	
Entidad	Disposición reguladora
'La Española' Mutualidad de Previsión Social, domiciliada en Madrid <sup>527</sup>	O.M. 15 de junio de 1944 (BOE, 21-VI-1944)
Mutua General de Seguros, domiciliada en Barcelona <sup>528</sup> ,	O.M. 15 de junio de 1944 (BOE, 21-VI-1944)
Asociación Mutual de Seguros 'Layetana'	O.M. 26 de junio de 1944 (BOE, 6-VII-1944)
Caja de Previsión Mercado Central de Barcelona	O.M. 1 de julio de 1944 (BOE, 7-VII-1944)
Mutua Comercial e Industrial Agrícola de Sevilla	O.M. 1 de julio de 1944 (BOE, 7-VII-1944)
Mutua Metalúrgica de Seguros de Barcelona	O.M. 1 de julio de 1944 (BOE, 7-VII-1944)
Igualatorio Médico-Farmacéutico 'La Milagrosa'	O.M. 1 de julio de 1944 (BOE, 7-VII-1944)

<sup>527</sup> Ya operaba, al inicio del siglo XX, como sociedad de ahorro, de previsión y de seguros mutuos sobre la vida.

<sup>528</sup> Por Real Orden de 26 de junio de 1908 (*Gaceta de Madrid*, 3-VII-1908) se autoriza su inclusión en el Registro para sustituir al patrono en las obligaciones que le impone la Ley 30 de enero de 1900; forman la sociedad más de veinte patronos y más de 1000 obreros, como exige la R.O. de 10 de noviembre de 1900. Por Orden de 15 de junio de 1944 (BOE, 21-VI-1944) se le clasifica como entidad colaboradora del INP para la aplicación del Seguro de enfermedad, con ámbito nacional. Ya operaba, al inicio del siglo XX, como sociedad de ahorro, de previsión y de seguros mutuos sobre la vida.

Mutualidad Sanitaria de La Banca	O.M. 8 de julio de 1944 (BOE, 16-VII-1944)
Mutual Cyclops de Accidentes de Trabajo	O.M. 8 de julio de 1944 (BOE, 16-VII-1944)
Mutualidad de Previsión Social Multimar	O.M. 8 de julio de 1944 (BOE, 16-VII-1944)
'La Previsora' Mutualidad Patronal sobre Accidentes de Trabajo, con ámbito limitado a la provincia de Álava,	O.M. 13 de julio de 1944 (BOE, 24-VII-1944)
Clínica San Bernardo S.L, domiciliada en Madrid,	O.M. 17 de julio de 1944 (BOE, 26-VII-1944)
Mutua Harinera de Accidentes del Centro de España	O.M. 29 de julio de 1944 (BOE, 10-VIII-1944)
Sociedad de Beneficencia y Socorros Mutuos 'La Honradez'	O.M. 27 de julio de 1944 (BOE, 10-VIII-1944)
Asociación de Socorros Mutuos de los Obreros y Empleados de la Sociedad Metalúrgica Duro-Felguera, domiciliada en Felguera (Asturias)	O.M. 9 de diciembre de 1944 (BOE, 30-XII-1944)
Igualatorio Médico-Quirúrgico 'Médica del Carmen'	O.M. 12 de abril de 1945 (BOE, 5-V-1945)
Montepío de la Industria Textil de Manresa y su Comarca	O.M. 19 de junio de 1945 (BOE, 1-VII-1945)
Caja de Empresa de la Compañía Metropolitana de Madrid	O.M. 28 de octubre de 1946 (BOE, 21-XII-1946)
Caja de Empresa de Construcciones Aeronáuticas S.A.	O.M. 18 de junio de 1947 (BOE, 3-VII-1947)
Caja de Empresa Previsión Agromán	O.M. 18 de junio de 1947 (BOE, 3-VII-1947)

A 31 de diciembre de 1945 el número de productores afiliados alcanzaron la cifra de 2.741.165, mientras que estos asegurados unidos a sus beneficiarios sumaban 7.483.998. De los asegurados, sólo 614.073 lo eran directos del Instituto Nacional de Previsión; el resto, 2.127.092, era productores afiliados a las entidades colaboradoras, esta cifra fue superada ampliamente en los años siguientes. El porcentaje de asegurados directos por el Instituto Nacional de Previsión representaba, en dicho año 1945, tan solo un 22,40% del total de asegurados<sup>529</sup>.

La disposición adicional primera del Decreto de 13 de diciembre de 1946 (BOE, 29-XII-1946) cerró el plazo de reconocimiento de nuevas entidades colaboradoras del seguro de enfermedad, a excepción de las cajas de empresa de gran volumen de

<sup>529</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), Seguro de Enfermedad. Oficios circulares. Signatura: 1-15-A4 [1946-1947]. - Expedientes relativos a las entidades colaboradoras [5-I-1946 / 31-III-1947]; *Ibid.*, Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49/F. "Entidades colaboradoras del Seguro de Enfermedad. Régimen [de] Conciertos [con] Entidades Colaboradoras [del] Seguro de Enfermedad".

asegurados (> 500) y en las que concurrieran, además, ciertas condiciones específicas de «excepcional conveniencia social»<sup>530</sup>. Este Decreto de 1946 recordaba, en su exposición de motivos, que esta colaboración en la gestión y en la prestación del seguro no era novedosa pues ya se llevaba practicando muchos años atrás, en el seguro de accidentes de trabajo<sup>531</sup>. También señalaba este Decreto que uno de los fines de esa norma era que los registros de las entidades colaboradoras del seguro de enfermedad funcionasen en la práctica y se acomodasen a las disposiciones ya establecidas, desde el año 1900, para los que realizan el seguro de accidentes de trabajo.

Mediante la Orden del Ministerio de Trabajo de 8 de marzo de 1944 (*BOE*, 19-3-1944) se dictaron normas para la ejecución del mencionado Decreto, de 2 de marzo de 1944 (*BOE*, 16-III-1944), en esa Orden se volvía a regular, en su artículo octavo, que el personal sanitario quedaría sometido a la disciplina de la 'Obra Sindical 18 de Julio'; en este mismo artículo octavo se establecía la preferencia de las propuestas que utilizasen la colaboración de la Delegación Nacional de la Sección Femenina de FET - JONS, solicitando a sus enfermeras para los servicios sanitarios<sup>532</sup>. El Sindicato acotaba así otra parcela de poder, teniendo en cuenta que, en el artículo 106 del Reglamento del seguro de enfermedad de 1943, se había establecido que la prestación de los servicios médicos del seguro se realizaría a través de la 'Obra Sindical 18 de Julio' excepto cuando, en virtud de concierto directo con el Instituto Nacional de Previsión, corriera a cargo de instituciones públicas o privadas. Además, todo el personal de las instituciones públicas y privadas se sometería a la disciplina de la 'Obra Sindical 18 de Julio'. En los expedientes promovidos para la realización de estos conciertos participaba la 'Obra Sindical 18 de Julio', bien mediante emisión de informe en el aspecto sanitario, bien mediante la participación en la redacción del concierto en los aspectos sanitarios, como se ocupaba de recordar el artículo sexto de esta disposición.

Las prestaciones que podían atender las diferentes entidades colaboradoras podían ser 'total', para todas las prestaciones del seguro, o 'parcial', en este caso podrían

---

<sup>530</sup> Este mismo Decreto estableció la nueva prima para los asegurados del 6,25 por ciento, de la cual se debía deducir el 2,45362 por ciento para entregarlo a las entidades colaboradoras para el sostenimiento de los servicios sanitarios.

<sup>531</sup> Como hemos comentado, también se efectuaba esta colaboración en el régimen de subsidios familiares.

<sup>532</sup> Se volvía a recoger, en la Orden del Ministerio de Trabajo de 8 de marzo de 1944 (*BOE*, 19-3-1944) expresamente dirigida a las entidades colaboradoras, lo que ya se había establecido en el artículo 112 del Reglamento de 11 de noviembre de 1943 de aplicación de la Ley del seguro obligatorio de enfermedad (*BOE*, 28-XI-1943),



elegir entre prestaciones económicas o prestaciones sanitarias. A su vez, las prestaciones sanitarias se podían concertar parcialmente o de manera total. Si se concertaban parcialmente, como mínimo debían comprender las de medicina general, especialidades y farmacia. Estas normas se contenían en la Orden del Ministerio de Trabajo de 10 de mayo de 1944 (*BOE*, 14-5-1944) sobre aplicación del seguro de enfermedad. En esta misma Orden se recogía que los médicos que debían prestar servicio a las entidades colaboradoras serían designados, con carácter general, de acuerdo con las normas establecidas por el Ministerio de la Gobernación, respetando la preferencia reconocida a los médicos de asistencia pública domiciliaria. Estos médicos podían utilizar como consulta sus domicilios particulares, pero no podían efectuar nuevas instalaciones de tipo sanitario sin la previa aprobación de la Caja Nacional. Las entidades colaboradoras estaban obligadas a realizar directamente con sus propios servicios, o por medio de convenio, las prestaciones y funciones delegadas por la Caja. A este fin podían contratar con otras entidades las prestaciones de las que carecieran.

Mediante la Orden del Ministerio de Trabajo de 27 de junio de 1944 (*BOE*, 1-VII-1944) se dictaron normas relativas al seguro obligatorio de enfermedad, donde se preceptuaba un plazo de quince días, a contar desde el uno de julio de 1944, para que las empresas eligieran entre la Caja Nacional del Instituto Nacional de Previsión, la Organización Sindical o las entidades colaboradoras, para recibir las prestaciones del seguro, al iniciarse su implantación. Esta elección se debía comunicar a la Caja Nacional del Seguro del Instituto Nacional de Previsión mediante la remisión de un formulario, cuyo formato se publicaba en la misma Orden, directamente por la empresa o por la entidad seleccionada. No obstante, por Orden de 30 de septiembre de 1944, se autorizó a las entidades que a 30 de septiembre de ese año hubieran solicitado la calificación de colaboradoras, para que pudieran seguir actuando en régimen de interinidad hasta la resolución de su demanda. Antes, la Orden del Ministerio de Trabajo de 17 de mayo de 1944 (*BOE*, 22-5-1944), había establecido un plazo previo, hasta el 31 de mayo de 1944, para que las empresas afiliaran a los trabajadores fijos en el seguro de enfermedad.

Este sistema estuvo vigente hasta el 31 de diciembre de 1964; en el siguiente año se comenzó a asumir la gestión de forma completa por el Instituto Nacional de Previsión, debido a que este régimen de colaboración había nacido, en 1944, como un sistema provisional hasta que el Instituto pudiera hacerse cargo de la gestión del seguro. La Orden del Ministerio de Trabajo de 25 de septiembre de 1964 (*BOE*, 29-IX-1964) declaró vencidos, con carácter definitivo a partir de enero de 1965, los conciertos de colaboración

suscritos por las entidades colaboradoras con el Instituto Nacional de Previsión para la práctica del seguro obligatorio de enfermedad.

El Instituto Nacional de Previsión se haría cargo, a partir del 1 de enero de 1965, de la asistencia sanitaria y del abono de las prestaciones económicas de los asegurados que estuviesen adscritos a dichas entidades colaboradoras. Pero, para continuar la asistencia sanitaria de las personas adscritas a las entidades colaboradoras, el Instituto tendría que habilitar los servicios y centros necesarios, sin perjuicio de poder convenir la adquisición o utilización de las instalaciones de aquellas entidades que tuvieran centros sanitarios adecuados.

## **5.2. Organización y normas de funcionamiento de la prestación farmacéutica del seguro de enfermedad**

El 14 de diciembre de 1942 se promulgó la Ley creadora del seguro obligatorio de Enfermedad (*BOE*, 27-XII-1942) y, el 11 de noviembre de 1943, se aprobó su Reglamento de desarrollo. Durante el primer semestre de 1944 se organizó la prestación farmacéutica para que, en el segundo semestre del año, se comenzara a percibir. El artículo treinta y dos de la Ley establecía que el Instituto Nacional de Previsión debía concertar con el Consejo General de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España un convenio en el que se garantizara el buen servicio por todas las farmacias, con una tarifa reducida, especial para el Seguro. El mismo artículo preveía que, si no se llegase a suscribir el convenio, el Instituto instalaría farmacias propias y, donde no se establecieran, el Ministerio de Trabajo fijaría una tarifa obligatoria. Teniendo en cuenta esta previsión legal, la organización farmacéutica comenzó, sin demora, los trabajos para suscribir el convenio.

A los asegurados que recibiesen las prestaciones del seguro de enfermedad a través de instituciones concertadas con el Instituto Nacional de Previsión se les garantizaba la libre elección de farmacia a través de la Orden aprobada por el ministro Girón de Velasco el 8 de marzo de 1944 (*BOE*, 19-III-1944); en concreto, su artículo 18 establecía que las prestaciones farmacéuticas se efectuarían en régimen de libre elección de la farmacia por parte de los beneficiarios.

Mediante otra Orden Ministerial, la de 8 de mayo de 1944 (*BOE*, 16-V-1944), se autoriza al Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos para que dictase las normas a que habían de ajustarse los Colegios provinciales para el despacho de

medicamentos a las entidades concertadas, a fin de conseguir que el servicio se efectuara por todas las farmacias establecidas en régimen de libre elección por los beneficiarios, como la forma de presentación de facturas por intermedio de los Colegios y su cobro por sus tesorerías. Estas normas debían ser aprobadas por la Dirección General de Previsión. En base a esta Orden, el Consejo General de Colegios dictó una Circular, remitiéndola a las Juntas de Gobierno de los colegios de todo el territorio nacional, firmada el 14 de agosto de 1944 por el presidente del Consejo General, Paulino Borrallo; en ella se daban instrucciones sobre la identificación de los asegurados al presentarse en las farmacias para adquirir los medicamentos y sobre la cumplimentación de las recetas y su facturación. También se indicaba que las oficinas de farmacia establecidas legalmente en España estaban obligadas a dispensar todas las recetas prescritas por los facultativos de las entidades concertadas o colaboradoras del seguro:

«Cumpliendo lo dispuesto en el art 1º de la orden de 8 de mayo de 1944, esta entidad envió un anteproyecto de normas a la dirección general de previsión, de conformidad con lo previsto en esa orden, que, en sus líneas generales, ha sido aprobada por dicho organismo, según comunicación recibida en este consejo el día 12 del actual. Por consecuencia el servicio para las entidades colaboradoras del seguro, se regulará por las siguientes bases»<sup>533</sup>.

En la base cuarta, apartado quinto, de la Circular se establecía el plazo de liquidación de las deudas de farmacia, «los Colegios procederán a la tasación y facturación a los farmacéuticos en los veinte primeros días de cada mes». También se informaba que, cumpliendo lo establecido en los artículos 68<sup>534</sup> y 127<sup>535</sup> del Reglamento del seguro, el Consejo General de Colegios envió, con fecha de 13 de julio de 1944, el anteproyecto de bases del posible concierto y la correspondiente tarifa, estando, a esa fecha de 14 de agosto de 1944, pendiente de aprobación por la superioridad.

Por lo que se informaba a los Colegios provinciales de farmacéuticos, el servicio de la prestación farmacéutica había de comenzar el primero de septiembre, de acuerdo

---

<sup>533</sup> [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. "Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 27: 28-32. Madrid, 1944.

<sup>534</sup> El artículo 68 establecía: «Ningún medicamento será suministrado a los beneficiarios con cargo al Seguro, sino mediante la receta propia del mismo». (Reglamento de la Ley del seguro de enfermedad, aprobado por Decreto de 11 de noviembre de 1943; *BOE*, 28-XI-1943).

<sup>535</sup> El artículo 127 fijaba: «En el concierto que se celebre por el Instituto Nacional de Previsión con el Consejo General de Colegios Farmacéuticos se establecerán las Bases para una organización del Servicio Farmacéutico que garantice el buen servicio por todas las farmacias». (Reglamento de la Ley del seguro de enfermedad, aprobado por Decreto de 11 de noviembre de 1943; *BOE*, 28-XI-1943).

con lo establecido en la Orden de 27 de julio de 1944. Asimismo, informaba a los colegios de los modelos de recetas creados por el Seguro, para el uso de los médicos:

- Médicos de la Caja Nacional: modelo E. 2.701-1 azul para fórmulas magistrales y modelo E. 2.701-1 bis rosa, para 'especialidades farmacéuticas' y efectos.
- Médicos de entidades colaboradores: modelo E. 2.701-1 EC, azul, con franja del mismo color, para fórmulas magistrales y modelo E. 2.701-1 bis EC, rosa con franja del mismo color, para 'especialidades farmacéuticas' y efectos.

El Convenio se firmó, por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España y el Instituto Nacional de Previsión, el 18 de agosto de 1944; fue denunciado el 18 de marzo de 1946. El Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, después de la firma del siguiente convenio, publicaba los desacuerdos que se produjeron desde el primer momento de la implantación del Seguro, a raíz del procedimiento de financiación anticipada de la prestación por los profesionales farmacéuticos:

«Considerando al SOE como una conquista social llena de sentimiento humano y sentimiento cristiano, esto quiere decir que nunca hemos estado en contra de él, sin que por ello tengamos que aceptar la totalidad de los procedimientos empleados para su realización. Aceptamos el principio, pero podemos estar disconformes con los procedimientos, y en muchos aspectos lo estamos (...) había que descontar, y se descontó. Había que concertar y se ha concertado. No estaba a nuestro alcance discutir la cuantía de la aportación, pero sí estaba que al convenir quedasen reconocidos aquellos principios que definen la profesión farmacéutica. Cuando hubo duda en la interpretación pedimos aclaración a quien corresponde interpretar. De aquella aclaración nace el que el farmacéutico haga el total descuento y que escalonadamente éste sea recuperado. No hacía falta una preparación tan larga, tan inapropiada y, en resumen, tan ineficaz como la que se ha hecho para llegar a un fin, porque los farmacéuticos, nosotros, ya habíamos comprendido.

Nuestro nuevo convenio nace cuando se afirma que ha terminado un periodo en el seguro de enfermedad, el de campamento, y empieza otro, el de la responsabilidad; nosotros estuvimos siempre en el de la responsabilidad, nunca estuvimos en el de campamento. No creemos que nadie haya contraído más méritos que los farmacéuticos en el seguro obligatorio de enfermedad, al que prestaron desde el principio no solo su colaboración, dándole viabilidad al poner a su servicio sus oficinas, su experiencia y su decidida inclinación a favor del servicio que se creaba, sino, además, su ayuda económica, financiando la prestación farmacéutica, que le permitió su desenvolvimiento (...). A cambio de esto, si algo vale, solo pedimos que se nos permita, en este nuevo periodo de responsabilidad, la nuestra por delante, colaborar y exigir que los demás cumplan con la suya»<sup>536</sup>.

<sup>536</sup> [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. "Nuevo Convenio". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos*, 100: 3-4. Madrid, 1953.

Las normas dictadas por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos debían conseguir que el servicio farmacéutico se prestara por todas las farmacias establecidas, en régimen de libre elección de los beneficiarios, también debían detallar la forma de presentación de facturas por intermedio de los Colegios y su cobro por las Tesorerías; aunque, estas normas, debían ser aprobadas previamente por la Dirección General de Previsión.

Dos días antes de la publicación de la Orden de 8 de mayo, se había publicado una Orden del Ministerio de Trabajo, la de 10 de mayo de 1944 (BOE, 14-V-1944), que establecía, en sus disposiciones 36 a 39, la regulación de la prestación farmacéutica efectuada por las entidades colaboradoras. La disposición 36 establecía que «toda entidad que concierte con la Caja Nacional alguna prestación sanitaria, se hará cargo de los gastos de farmacia originados por la asistencia a sus asegurados y beneficiarios». La disposición 37 regulaba los medicamentos que podían prescribirse, «las prestaciones farmacéuticas se ajustarán, en lo que a medicamentos y especialidades se refiere, al petitorio formulado por la Caja como mínimo, obligándose las entidades colaboradoras a aceptar las variaciones que en el mismo se establezcan». En la disposición 38 se establecía la forma de adquirir medicamentos para el uso en establecimientos sanitarios, «las Entidades colaboradoras podrán adquirir libremente tanto los específicos del petitorio como los medicamentos, de cualquier entidad suministradora, siempre que éstos sean destinados única y exclusivamente a ser utilizados por ella dentro de sus propias instalaciones». En la disposición 39 se recogía el derecho de libre elección de farmacia, «las entidades colaboradoras no podrán limitar en ningún caso las farmacias a que acudan sus beneficiarios. Éstos únicamente estarán obligados a adquirir sus medicamentos en las farmacias propias de la Caja, en aquellos sitios en que se creara, de acuerdo con lo preceptuado en el artículo 128 del Reglamento».

En concreto, la prestación farmacéutica fue efectiva desde el día primero del mes de septiembre de 1944<sup>537</sup>. En una nota del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Madrid, publicada en el *Boletín de Información...* del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España, de septiembre de 1945, se recogió el volumen de recetas tramitadas en aplicación del Convenio suscrito con el Instituto Nacional de

---

<sup>537</sup> Se publicó una nota de prensa con un «Aviso a los farmacéuticos de la provincia», para recordar que el petitorio que se debía aplicar, en tanto se aprobaba el del Seguro Obligatorio de Enfermedad, era el de la Beneficencia General, al que se añadían las fórmulas magistrales recetadas por los facultativos (*La Vanguardia Española*, 2-IX-1944; cf. pág. 9).

Previsión, tan sólo en nueve meses se había triplicado el número de recetas y quintuplicado el importe en pesetas:

Totalizado por meses, en la tabla XIV se detalla el número de recetas entregadas al Colegio de Madrid y su importe total en pesetas, a partir del mes de septiembre de 1944, en que comenzó el servicio:

Tabla XIV. Recetas del seguro de enfermedad, y coste de éstas, entregadas al Colegio de Farmacéuticos de Madrid [septiembre, 1944 / mayo, 1945]		
Meses	Número de recetas	Importe en pesetas
Septiembre [1944]	24.020	115.298,00
Octubre [1944]	30.760	155.008,82
Noviembre [1944]	30.516	166.173,58
Diciembre [1944]	33.720	197.544,24
Enero [1945]	41.874	255.489,26
Febrero [1945]	63.543	409.314,94
Marzo [1945]	60.803	430.029,12
Abril [1945]	67.226	516.094,68
Mayo [1945]	73.575	605.310,84
Fuente: [COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE MADRID]. "Información de Colegios. Seguro de Enfermedad". <i>Boletín de Información - Consejo General de Colegios de Farmacéuticos de España</i> , 39: 22-23. Madrid, 1945.		

El Colegio de Farmacéuticos de Madrid exponía, en mayo de 1945, cuando la prestación farmacéutica del Seguro llevaba implantada nueve meses, las dificultades administrativas encontradas para la liquidación de las recetas; este apoyo administrativo se costeaba con las cuotas de los colegiados:

«Las liquidaciones a los Colegios de estas cantidades se han realizado desde el primer momento en los plazos señalados en el convenio, salvo algún mes, que, por no haber hecho efectivas el Colegio las facturas presentadas a su debido tiempo, hemos tenido que realizar liquidaciones parciales a los farmacéuticos. Hoy, sin embargo, está totalmente normalizado el pago (...)

No tenemos que negar que el esfuerzo realizado por nuestra sección administrativa ha sido enorme, ya que el movimiento de cuentas que las cantidades antes reseñadas llevan consigo, puede calcularse con el solo dato de

que en la provincia de Madrid funcionan 111 Sociedades colaboradoras y existen abiertas 560 farmacias»<sup>538</sup>.

Después de la dimisión del presidente del Consejo General, Paulino Borrallo, el 10 de octubre de 1945, se celebró en el Consejo un acto para la toma de posesión de la nueva Junta, formada por quince componentes, entre los cuales destacamos los siguientes<sup>539</sup>: Ramón Turrientes Miguel<sup>540</sup> (presidente), Joaquín Zuazagoitia Azcorra (vicepresidente), José Rodríguez Silva (secretario) y Teodoro de la Fuente López<sup>541</sup> (representante del Partido).

En el discurso de toma de posesión, el nuevo Presidente del Consejo General animó a los farmacéuticos «para que se sacrifiquen por el éxito del seguro de Enfermedad, aunque pide a las autoridades que no los conviertan en víctimas». Y, en su discurso de despedida, Paulino Borrallo recordó que, durante su presidencia, se instauró el seguro de enfermedad, y se redactaron el Reglamento y el Convenio de la prestación farmacéutica, ante los que actuó «de modo que siente la satisfacción del deber cumplido». A raíz de la toma de posesión oficial de la nueva Junta, se designaron los representantes del Consejo que debían formar parte de la Comisión prevista en el Convenio con el Instituto Nacional de Previsión, éstos fueron el Presidente y el Secretario: Ramón Turrientes y José Rodríguez Silva<sup>542</sup>.

---

<sup>538</sup> [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. "Información de Colegios. Seguro de Enfermedad". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 39: 22-24. Madrid, 1945.

<sup>539</sup> [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. "Toma de posesión del Consejo General de Colegios Farmacéuticos". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 40: 5-11. Madrid, 1945.

<sup>540</sup> El 17 de julio, en la sede del Instituto Nacional de Previsión, se entregó la medalla de oro de la previsión al marqués de Valtierra, Juan Aguirre Cárdenas y a Ramón Turrientes Miguel. Presidido el acto Pedro Sangro Ros de Olano, presidente del Consejo de Administración del Instituto Nacional de Previsión ([EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. "Imposición de la Medalla de Oro de la Previsión al Doctor Turrientes Miguel. El acto fue presidido por Don Pedro Sangro y Ros de Olano, Presidente del Consejo de Administración del I. N. P." *Boletín de Información - Consejo General de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 83: 23-24. Madrid, 1950).

<sup>541</sup> Teodoro de la Fuente López (m. 1990), vocal representante de FET-JONS en el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España, fue oficial del Cuerpo de Farmacia durante la guerra civil, con destino Hospital Militar de Valladolid. Al finalizar la guerra fue nombrado jefe de los servicios farmacéuticos de auxilio social y, posteriormente, ejerció como director de la farmacia Gayoso y secretario de los servicios farmacéuticos de los laboratorios Lagar. Estuvo en posesión de la Cruz de Caballero de la Orden de Cisneros ([EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. "Distinción a Don Teodoro de la Fuente". *Boletín de Información - Consejo General de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 84: 41. Madrid, 1950; *ABC*, 17-IV-1990, cf. pág. 112).

<sup>542</sup> [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. "Información del Consejo". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 41: 32-34. Madrid, 1945 (cf. pág. 32).

Mediante la Orden Ministerial de Trabajo, de 17 de enero de 1946, se nombran dos nuevos vocales del Consejo de Administración del Instituto Nacional de Previsión, uno de ellos fue Ramón Turrientes Miguel. Durante el pleno del Consejo General de Colegios, celebrado el 24 y 25 de febrero de ese mismo año de 1946, el Presidente, Ramón Turrientes, explicó las dificultades surgidas en la firma del Convenio del seguro de enfermedad calificándolas de «bastante aceptable dentro de las circunstancias en que hubo que firmarlo y siempre bajo la presión de la Ley del Seguro»<sup>543</sup>. Posteriormente, el Presidente informó que el Consejo había logrado restablecer las relaciones con la Caja del Seguro y lograron que se constituyera la Comisión que determinaba la base 15<sup>a</sup> del Convenio suscrito; asimismo, informó que se había obtenido representación en otras comisiones que funcionan en la misma Caja.

En la primera Asamblea del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, celebrada el 16 de diciembre de 1946, acudió, entre otras personalidades<sup>544</sup>, el Inspector General de Farmacia, Nazario Díaz López; en su intervención recordó a los farmacéuticos: «os encontráis, en el orden del día, con un problema nuevo, que es el Seguro de Enfermedad, que ha hecho que se muevan hasta los propios cimientos»<sup>545</sup>. La conclusión séptima, de las aprobadas en esa primera Asamblea, destacaba la colaboración de los farmacéuticos con el Seguro de Enfermedad, «Estima la Asamblea que, previa la aceptación por el Instituto Nacional de Previsión de algunas bases deontológicas y económicas, se acepte el que la clase farmacéutica preste su colaboración, organización y cuanto sea necesario a la buena marcha del servicio farmacéutico en el Seguro de Enfermedad»<sup>546</sup>.

<sup>543</sup> [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. «Información del Consejo. Nombramiento de Presidente de Honor del Colegio de Salamanca a nuestro Presidente Sr. Turrientes». *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 44: 11-17. Madrid, 1946; la cita en págs. 12-13.

<sup>544</sup> La mesa de la asamblea estaba constituida por Ramón Turrientes de Miguel, presidente del Consejo; José Casares Gil, decano de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Madrid y Lucas Torres Canal, director del Laboratorio Municipal de Madrid; todos ellos Procuradores en Cortes y miembros del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos ([EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. «Primera Asamblea del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España». *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 53: 3-21. Madrid, 1946).

<sup>545</sup> [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. «Primera Asamblea del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España». *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 53: 3-21. Madrid, 1946 (cf. págs. 3-7).

<sup>546</sup> [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. «Primera Asamblea del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España». *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 53: 3-21. Madrid, 1946 (cf. pág. 19).



El domingo 20 de diciembre de 1946, el Presidente del Consejo, Ramón Turrientes realizó una entrevista para Radio Nacional; al preguntarle sobre los temas mas importantes discutidos en la Asamblea General del Consejo destacó sólo uno, el Seguro de Enfermedad: «El tema mas importante y, como tal, el mas discutido en nuestra Asamblea, ha sido el de nuestras relaciones profesionales y económicas en la tarea del Seguro de Enfermedad»<sup>547</sup>.

A finales del año 1947 se iniciaron las gestiones para la firma de un nuevo Convenio entre el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y el Instituto Nacional de Previsión; el Consejo informó a los farmacéuticos, mediante Circular de noviembre de 1947:

«Tengo el honor de poner en su conocimiento que, llevándose a efecto actualmente las necesarias conversaciones para la realización de un nuevo Convenio entre el INP y el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos, que reglamente el suministro de medicamentos al seguro de enfermedad, es preciso que cuando éste entre en vigor se encuentren los Colegios en la mejor posición administrativa posible, procurando, por todos los medios, que no queden incidencias pendientes de clase alguna o, en su defecto, las menos posibles»<sup>548</sup>.

La prestación farmacéutica se comenzó a recibir antes que la asistencia sanitaria completa pues, hasta enero de 1948, los asegurados y sus beneficiarios no tenían derecho a recibir todos los servicios de especialidades médicas; aunque lo cierto era que antes de enero de 1948 algunos asegurados podían recibir una asistencia sanitaria completa utilizando el carácter excepcional de los denominados 'servicios extraordinarios', previstos en la normativa reguladora del seguro.

Es a partir del Reglamento de servicios sanitarios del Seguro Obligatorio de Enfermedad, aprobado mediante Orden Ministerial de 20 de enero de 1948 (*BOE*, 30-III-1948, 31-III-1948, 1-IV-1948), cuando se comienza a percibir la asistencia sanitaria especializada. El capítulo VII de este Reglamento estaba dedicado a regular las prestaciones farmacéuticas, constaba con siete artículos, los comprendidos entre el 118 y el 124.

En el artículo 118 se regulaban las recetas oficiales de la Caja Nacional para las prescripciones farmacéuticas; en el último párrafo de este artículo se estableció que «no

<sup>547</sup> Ramón TURRIENTES DE MIGUEL. "Charla por Radio Nacional". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 53: 3-21. Madrid, 1946 (cf. pág. 22).

<sup>548</sup> CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA. "Información del Consejo. Circular núm 1. Asunto: Seguro de Enfermedad". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 54: 9-11. Madrid, 1947 (cf. pág. 9).

podrán prescribirse otras especialidades farmacéuticas que las incluidas en el Petitorio del Seguro». El artículo 119 recogía la prescripción de medicamentos sujetos a control oficial. En el 120 se limitaban las dosis que se debían prescribir en las enfermedades agudas y crónicas. El artículo 121 estaba dedicado a los envases de los medicamentos y el 122 a la prescripción de envases clínicos. En el artículo 123 se establecía que el asegurado podría solicitar el despacho de las recetas en cualquier farmacia, excepto cuando existiera en su demarcación una farmacia propia del Seguro, a la que habría de acudir necesariamente; sin embargo, en caso de urgencia, declarada expresamente por el médico, podría solicitarse en una farmacia cualquiera. Por último, el artículo 124 regulaba los botiquines que debían instalarse en las localidades donde no existiera farmacia.

Cuando comenzaron a recibir los asegurados las prestaciones farmacéuticas a cargo del Seguro de Enfermedad, éstas se prescribían por los profesionales médicos con libertad de elección y se suministraban por cualquiera de las farmacias españolas, también libremente elegidas por los beneficiarios; estas cualidades, derivadas de la normativa descrita, las difundía la revista oficial del Seguro de Enfermedad en 1952:

«Las prestaciones farmacéuticas se otorgaron siempre con una gran liberalidad, aparte de algunos productos considerados en vías de experimentación, y así fue ya, como hemos dicho, desde el primer momento de la puesta en marcha del Seguro»<sup>549</sup>.

En esta primera organización de la prestación farmacéutica se incluye la Orden del Ministerio de Trabajo, de 12 de julio de 1951 (BOE, 14-VIII-1951), sobre sanciones que podrán imponerse a los farmacéuticos que contravengan lo dispuesto en materia del Seguro de Enfermedad. Esta Orden establecía sanciones que, dependiendo de la gravedad de la infracción, podría tratarse de una amonestación hasta la inhabilitación definitiva para dispensar recetas del Seguro<sup>550</sup>. Las infracciones se describían en el artículo 2º de la Orden citada: «a) el cambio de especialidades farmacéuticas por otras no recetadas, b) la sustitución de especialidades farmacéuticas por dinero o artículos de distinta índole, c) la venta de medicamentos a precio superior al oficial o autorizado, d) la ocultación o negativa de su venta, e) la connivencia punible o el tráfico ilícito de recetas del Seguro Obligatorio de Enfermedad, haya o no perjuicio económico para el mismo, f) toda

<sup>549</sup> [EDITORIAL. REVISTA DEL SEGURO DE ENFERMEDAD]. "Editorial. Primer Decenio", *Revista del Seguro de Enfermedad*, 1(10): 3-4. Madrid, 1952 (cf. pág. 4).

<sup>550</sup> Previamente, la Orden de 3 de julio de 1947 (BOE, 7-VII-1947) establecía, como competencia de la inspección de servicios sanitarios del seguro de enfermedad, la propuesta de sanciones a las farmacias en los casos establecidos.

falta que afecte a la buena marcha del seguro en relación con la asistencia e imputable a mala fe, ánimo de lucro o negligencia del farmacéutico y, g) los hechos constitutivos de delito». La resolución definitiva del expediente de infracciones debería ser dictada por la Dirección General de Previsión, contra la que sólo cabía recurso de súplica ante el Ministro de Trabajo. Hay que tener en cuenta que la posible inhabilitación para dispensar recetas del Seguro afectaba a la farmacia; en consecuencia, los cambios de propiedad, se veían muy debilitados.

Las sanciones que se derivaban del incumplimiento de normas, puestas de manifiesto en los controles de la actividad de los farmacéuticos en la dispensación de los medicamentos a los asegurados, podían llegar hasta la inhabilitación definitiva<sup>551</sup>. Transcribimos diversos extractos recogidos en las páginas del *Boletín de Información...* del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España, correspondientes a los primeros años de la prestación:

«Se comunicó a los Colegios 'se exigiese a sus colegiados el mas riguroso y exacto cumplimiento de ellas, convencido de que, al mismo tiempo de que se colabora con el seguro de enfermedad, se salvaguardan los propios intereses de los farmacéuticos'.

Hoy advertimos directamente a todos los compañeros el inminente peligro que existe para ellos el incumplimiento de aquellas disposiciones, y advertimos que los incumplidores de ellas serán inexorablemente sancionados no sólo por el seguro de enfermedad, sino por la propia organización, muy especialmente en aquellos casos en que se dispensan las recetas del seguro de enfermedad sin exigir y comprobar con la cartilla la identidad del beneficiario.

Cualquier práctica viciosa que por costumbre, condescendencia, tolerancia, venga utilizándose en la dispensación de estas recetas, será igualmente sancionada con arreglo a la gravedad de la falta cometida»<sup>552</sup>.

«Por la dirección general de previsión han sido sancionados varios farmacéuticos de las provincias de Alicante, Valladolid, Madrid, Salamanca y

<sup>551</sup> El Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos informaba a los Colegios que no estaba entre sus funciones la defensa jurídica de los farmacéuticos por faltas reconocidas en la dispensación de recetas del seguro de enfermedad, con lo que el farmacéutico, presunto infractor, quedaba desprotegido: «Entendemos que la dispensación de recetas al Seguro de Enfermedad no tienen hoy ningún secreto para los farmacéuticos españoles; sus normas son perfectamente conocidas (...) si la realidad no nos hubiera puesto frente a los hechos nos parecería peregrino –como parecerá a quien esto leyere- que haya compañeros sancionados, previo reconocimiento por su parte de la falta, que pretendan que la obligación del Colegio es defenderles. Es cierto que la misión de los Colegios es defender a sus colegiado, cuando estos se vean perseguidos o sancionados injustamente; de esto a entender que la defensa de los Colegios ha de extenderse aún en los casos que éstos delincan (...)» ([EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. "Editorial. Insistiendo". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 80: 1-2. Madrid, 1950; cf. pág. 1).

<sup>552</sup> [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. "Información del Consejo. Seguro de Enfermedad". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 70: 9-10. Madrid, 1948 (cf. pág. 9).

Pontevedra, por haber infringido las normas establecidas para la dispensación de recetas del seguro de enfermedad, debido a no haberse exigido la cartilla, cambiar los medicamentos prescritos por otros productos y canje a metálico por menos valor de lo solicitado. Oscilando las sanciones impuestas desde dos meses de inhabilitación a inhabilitación definitiva para el despacho de recetas al seguro de enfermedad»<sup>553</sup>.

«Ésta práctica de admitir sustitutivos de la receta oficial, cuando se realiza por comodidad y sin razón que lo justifique, por lo que se ve en la actualidad bastante frecuente, bien por olvido por parte del médico del talonario o por cualquier otra causa no dentro de las imputables a especialísimas circunstancias y así reconocida por la inspección del Seguro, no debe admitir el farmacéutico, ni siquiera dentro de unas relaciones mas o menos cordiales, este canje de recetas. Hablamos desde el punto de vista de posibles sanciones»<sup>554</sup>.

Sin embargo, en un extracto del mismo *Boletín de Información...*, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España exponía que no era partidario de todos los procedimientos empleados por el Seguro para imponer sanciones:

«Desde el día 1º de julio de 1947 en que se redactó y se han venido publicando en las paginas de este boletín numerosas aclaraciones, consejos y notas reiterativas en las que se ponía de relieve un principio y un deseo: la honradez profesional, norma deontológica suprema, distribuyó una circular en la que se especificaban, de modo claro y terminante las normas a cumplir para la dispensación de recetas del seguro de enfermedad, (...) sin embargo, y esto lo anotamos con justificada indignación, nuestras advertencias (...) no han servido mas que de sermón en el desierto (...) recientemente hemos tenido que acusar varios golpes motivados por el incumplimiento de las normas elementales de las relaciones de la farmacia con el seguro de enfermedad. No puede esto decir que seamos partidarios de algunos de los procedimientos empleados para llegar a este convencimiento (...) El farmacéutico debe colaborar con todo entusiasmo y el espíritu de servicio que aconseja una empresa de tan nobles fines como el seguro de enfermedad, y debían estar convencidos de que al hacerlo así colaboraban en su propia profesión»<sup>555</sup>.

---

<sup>553</sup> [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. "Información del Consejo. Seguro de Enfermedad". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 72: 8-10. Madrid, 1949.

<sup>554</sup> [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. "Seguro de Enfermedad. Canje de recetas". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 74: 7-8. Madrid, 1949.

<sup>555</sup> [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. "Editorial. Insistiendo con urgencia". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 89: 1-3. Madrid, 1951.

*Convenio entre la 'Obra Sindical del 18 de Julio', y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*

El convenio suscrito entre la 'Obra Sindical 18 de Julio' y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España para la dispensación, tramitación y liquidación de recetas, suscrito en el año 1952, se extracta a continuación:

«En Madrid, reunidos, de una parte, don Adolfo Gómez Ruiz, como jefe nacional de la obra sindical 18 de julio y, de otra, don Ramón Turrientes Miguel, como presidente del consejo general de colegios oficiales de farmacéuticos, (...) acuerdan establecer el presente contrato para la dispensación, tramitación y cobro de los medicamentos, formulas magistrales y efectos que constituyen el servicio farmacéutico a los beneficiarios de las mutualidades y montepíos laborales de previsión social que tienen concertada la asistencia facultativa con dicha obra, según las estipulaciones que se regulan en las siguientes cláusulas:

Primera: el consejo general de colegios oficiales de farmacéuticos dispensara, a través de todas las oficinas de farmacia legalmente constituidas y autorizadas para estas dispensaciones en el territorio nacional, protectorado español en marruecos y colonias, cuando sea posible, los medicamentos y productos farmacéuticos en general, con las excepciones que se señalan en la cláusula tercera de este contrato, a los beneficiarios de los montepíos y mutualidades laborales siguientes:

- MNPS de los trabajadores de las I. del aceite y derivados
- MNPS en actividades diversas
- MNPS del agua, gas y electricidad
- M Laboral de empleados de ahorro y previsión
- M de previsión social de productores civiles en establecimientos del aire
- Mutualidad laboral de industrias de la alimentación
- MNPS de las trabajadores de las industrias de artes graficas
- M L de artistas profesionales del espectáculo publico
- MNP de los empleados de banca
- Caja de ahorros y monte de piedad de Bilbao
- Caja laboral Juan Urrutia de la empresa de Iberduero
- Mutualidad laboral de las industrias del carbón centro-levante
- ML de las industrias del carbón del Sur
- Delegación nacional de frente de juventudes
- Mutualidad laboral de seguros
- Caja de previsión laboral de la sociedad general de autores de España
- Etc etc (...)

Tercera: el consejo general de colegios de farmacéuticos garantiza el buen servicio de todas las oficinas de farmacia legalmente constituidas y autorizadas en España para ello, las cuales vienen obligadas a dispensar todas las especialidades, formulas magistrales y efectos prescritos en las recetas cuyas características se expresan en la cláusula siguiente, que serán prescritas por los facultativos de la obra sindical 18 de julio, especialmente adscritos para la realización de estos servicios, estableciéndose como únicas excepciones para la dispensación de medicamentos, las que igualmente lo son para los beneficiarios del seguro obligatorio de enfermedad y aquellas que en lo sucesivo se establezcan, siempre que se comuniquen al consejo general.

No obstante lo anterior, la obra 18 de julio queda facultada para determinar según estime conveniente, ampliaciones respecto al servicio que preste a sus beneficiarios, independientemente de lo establecido para el SOE.

Cuarta: la entrega de medicamentos por las oficinas de farmacia se efectuará contra la presentación de las recetas correspondientes, extendidas en el modelo oficial creado a este fin.

a) Los colegios provinciales remitirán mensualmente a las direcciones provinciales respectivas de la obra sindical 18 de julio todas las recetas dispensadas durante el mes por los señores farmacéuticos de la provincia, recetas que irán acompañadas de la correspondiente factura, extendida en cuadruplicado ejemplar, a fin de que dicha direcciones de la obra de 18 de julio procedan a su revisión y den su conformidad, reservándose una copia en su poder (una vez dada la conformidad las remitirán nuevamente al colegio provincial para su remisión al consejo de colegios quien relacionará todas las facturas de los colegios provinciales).

b) El pago de la factura presentada por el consejo de colegios a la obra sindical se realizará por la jefatura nacional una vez comprobada, en el plazo máximo de veinte días, a partir de la fecha de recepción de la citada factura general<sup>556</sup>.

### **5.3. Controles del precio y del gasto de los medicamentos en el Seguro Obligatorio de Enfermedad: *Petitorio... del Seguro de Enfermedad (1951) y el Catálogo de especialidades farmacéuticas incluidas en el petitorio... (1954)***

En el otoño de 1943, el Gobierno decidió revisar todas las ‘especialidades farmacéuticas’ que estaban en el mercado, por la necesidad de supervisar el precio de venta. Era fundamental el precio de venta de los medicamentos, teniendo en cuenta la elevada libertad de prescripción que tendrían los médicos del Seguro; pero, a la vez, en esa revisión se analizaría la utilidad del medicamento, desde el punto de vista de la sanidad nacional y se valoraría la repercusión en el mercado nacional de las importaciones de las materias primas para la elaboración de los medicamentos o del producto final. Atendiendo a ello se publicó la Orden de 17 de noviembre de 1943 (BOE, 21-XI-1943) de la Presidencia del Gobierno, donde se estableció el plazo máximo de un año, desde su publicación, para que todos los laboratorios de ‘especialidades farmacéuticas’ presentasen en la Dirección General de Sanidad un estudio económico para cada especialidad o producto (tanto para las ‘especialidades’ que tuvieran ya fijado un precio con anterioridad a la publicación de esta Orden, como para las de nueva fabricación), con el fin de obtener la correspondiente autorización del precio de venta.

---

<sup>556</sup> CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA. “Información del Consejo. Contrato entre la Obra Social ‘18 de Julio’ y el Consejo General de Colegios para la dispensación, tramitación y liquidación de recetas”. *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 95: 3-9. Madrid, 1952.

La Dirección General de Sanidad debía remitir el estudio económico al Ministerio de Industria y Comercio, que era el competente para fijar y autorizar el precio del producto; a ese informe económico, la Inspección General de Farmacia podía unir un informe atendiendo a dos cuestiones: a la utilidad del producto para la sanidad nacional y a las circunstancias de fabricación del producto que pudieran repercutir en una reducción de las importaciones, tanto de materia prima como de productos transformados. La resolución sobre el precio emitida por el Ministerio de Industria y Comercio se debía remitir a la Dirección General de Sanidad para adjuntarse al expediente del producto.

En resumen, esa Orden de noviembre de 1943 tenía varios objetivos: pretendía controlar todas las ‘especialidades farmacéuticas’ que estuvieran en el mercado, debía proteger a la industria químico-farmacéutica española y, por último, quería obtener un precio, convenientemente valorado, sobre el que se realizarían los descuentos establecidos en el Reglamento del seguro, para los productos destinados a la población protegida por el seguro obligatorio de enfermedad, pues, en pocos meses, los beneficiarios de este seguro de enfermedad iban a comenzar a percibir la prestación farmacéutica.

El 27 de junio de 1944 (BOE, 1-VII-1944) se publica una Orden por la que se dictan normas relativas al seguro obligatorio de enfermedad, en ella se concreta la fecha simbólica del régimen, 18 de julio, para la implantación en todo el territorio nacional del seguro social de enfermedad. En la misma Orden, en su disposición octava, se concretaban las prestaciones farmacéuticas «interín se aprueba el Petitorio oficial que haya de determinarlas»:

- a) Todas las fórmulas magistrales.
- b) Las ‘especialidades farmacéuticas’ consideradas como urgentes en el Petitorio vigente para la Beneficencia General. Y complementariamente, los preparados que se consideren indispensables por los facultativos del Seguro, previa autorización por la Inspección de Servicios Sanitarios del Seguro.

Previamente, se había publicado en la prensa un anuncio de la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad conteniendo una convocatoria destinada a los laboratorios nacionales que estuvieran interesados en la inclusión de medicamentos en el *Petitorio...* del Seguro

«Con anterioridad al día 15 del mes de junio, remitan a la Dirección de la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad (Sagasta, número 6, Madrid), Relación de la especialidad o especialidades de que se trate y en la que se haga constar los

siguientes datos: Nombre de la especialidad, composición, forma farmacéutica, envase o envases, determinando la capacidad de cada uno, precio de venta al público, precio de venta especial para el Seguro, teniendo en cuenta que el abastecimiento se efectuará por intermedio de las farmacias»<sup>557</sup>.

Después se amplió el plazo en once días:

«Habiendo sido prorrogado el plazo de admisión de solicitudes de los laboratorios (...) hasta el 25 del actual»<sup>558</sup>.

Una nueva nota de prensa, del 17 de junio, publica otra fecha, anterior al veinticinco, para que las propuestas de los laboratorios se presentaran en las jefaturas provinciales del Sindicato de Industrias Químicas, y no directamente en la Caja Nacional del Seguro:

«En cumplimiento de lo acordado por la Dirección de la Caja Nacional del seguro de Enfermedad, en lo relativo a la confección del petitorio de especialidades farmacéuticas, este Sindicato participa a todos los laboratorios farmacéuticos la conveniencia de presentar sus propuestas en las Jefaturas Provinciales de este sindicato de Industrias Químicas, y se recuerda, al mismo tiempo, que éstas deben obrar en nuestro poder antes del 22 del corriente, para el debido examen, ordenación y traslado al mencionado Organismo rector del Seguro»<sup>559</sup>.

Ese mismo año se publicó una nueva Orden de la Presidencia del Gobierno, ajustando las competencias de la Dirección General de Sanidad y de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Industria y Comercio, que se habían establecido en la mencionada Orden de 17 de noviembre de 1943 (*BOE*, 21-XI-1943). La nueva Orden se aprobó el 5 de octubre de 1944 (*BOE*, 8-X-1944), en ella se daba prioridad a las decisiones de la Dirección General de Sanidad; sería ésta la que fijaría el precio de los algunos productos (vacunas, hormonas, vitaminas etc.), por delegación de la Junta Superior de Precios y sin la participación en el procedimiento del Ministerio de Industria y Comercio; para el resto de productos, era la Dirección General de Sanidad y la Secretaría General Técnica del Ministerio de Industria y Comercio, de mutuo acuerdo, quienes debían establecer el régimen de revisión y fijación del precio de las 'especialidades farmacéuticas' no incluidas en dicha lista.

---

<sup>557</sup> *ABC*, 4-VI-1944 (cf. pág. 15). *La Vanguardia Española* se adelantaría en hacerlo público: «Con anterioridad al día 10 del mes de junio, remitan a la Dirección de la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad (Sagasta, número 6, Madrid), Relación de la especialidad o especialidades...» (*La Vanguardia Española*, 31-V-1944; cf. pág. 1); aunque la fecha del 10 de junio se rectifica en *La Vanguardia* del día 13 de junio: «se recuerda a todos los laboratorios (...) para que con anterioridad al 15 del actual remitan» (*La Vanguardia Española*, 13-VI-1944; cf. pág. 13).

<sup>558</sup> *La Vanguardia Española*, 16-VI-1944 (cf. pág. 14).

<sup>559</sup> *La Vanguardia Española*, 17-VI-1944 (cf. pág. 11).



Tres meses después, se publicó una Orden del Ministerio de la Gobernación, de 11 de enero de 1945 (*BOE*, 15-I-1945), que dictaba normas para la fijación de precios de las 'especialidades farmacéuticas' descritas en la base 16 de la Ley general de sanidad, de 25 de noviembre de 1944, tanto para los nuevos registros como para las 'especialidades' ya registradas. En ella se determinaba el beneficio del fabricante o «beneficio profesional», el beneficio del almacén o «margen de utilidad a percibir por el almacenista» y, el beneficio de la farmacia, un 25% del precio de venta al público, o «margen de utilidad a percibir por el farmacéutico». Esta Orden, además, regulaba, de forma provisional, en tanto se aprobaban los reglamentos de desarrollo de la Ley general de sanidad, la reapertura, en la Inspección General de Farmacia (dependiente de la Dirección General de Sanidad), de los registros farmacéuticos para la inscripción de medicamentos y laboratorios que habían sido suspendidos por la Orden ministerial de 20 de julio de 1944 (*BOE*, 30-VII-1944) para efectuar la labor de revisión. Posteriormente sería modificada por la Orden de Gobernación de 10 de mayo de 1948, donde se establecía un margen del 30% para el farmacéutico sobre el precio de venta al público, exceptuado los timbres y teniendo en cuenta que, en las especialidades suministradas al Seguro se hará un descuento del 6,66%, consignándolo en las facturas presentadas por los Colegios al Seguro.

Este descuento del 6,66% se incrementó con un 18%, mediante la Orden de 13 de febrero de 1953: 5% sobre las farmacias, 3% sobre el almacén y 10% sobre los laboratorios. Otra Orden de la misma fecha, 13 de febrero de 1953, establecía un sistema de descuentos específicos para los antibióticos: el 8%, debido a que eran los responsables del mayor porcentaje del gasto de medicamentos en el Seguro, 5% a cargo de las farmacias y 3% a cargo de los almacenistas. La especificidad de descuento para los antibióticos se justificaba en que estaban sometidos a un régimen especial para la fijación de su precio, que por acuerdo de los Departamentos competentes sería objeto de revisión cada seis meses.

Posteriormente, mediante la Orden del Ministerio de la Gobernación, de 29 noviembre de 1947, que modifica la de 11 de enero de 1945, se constituye una Junta para ordenar los precios de las 'especialidades farmacéuticas': serán estudiadas e informadas por una Junta constituida en la Dirección General de Sanidad, presidida por el Director general de Sanidad y formarán parte de ella: el Inspector general de Farmacia, el Subdirector médico de la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad, un representante del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, un representante del Consejo

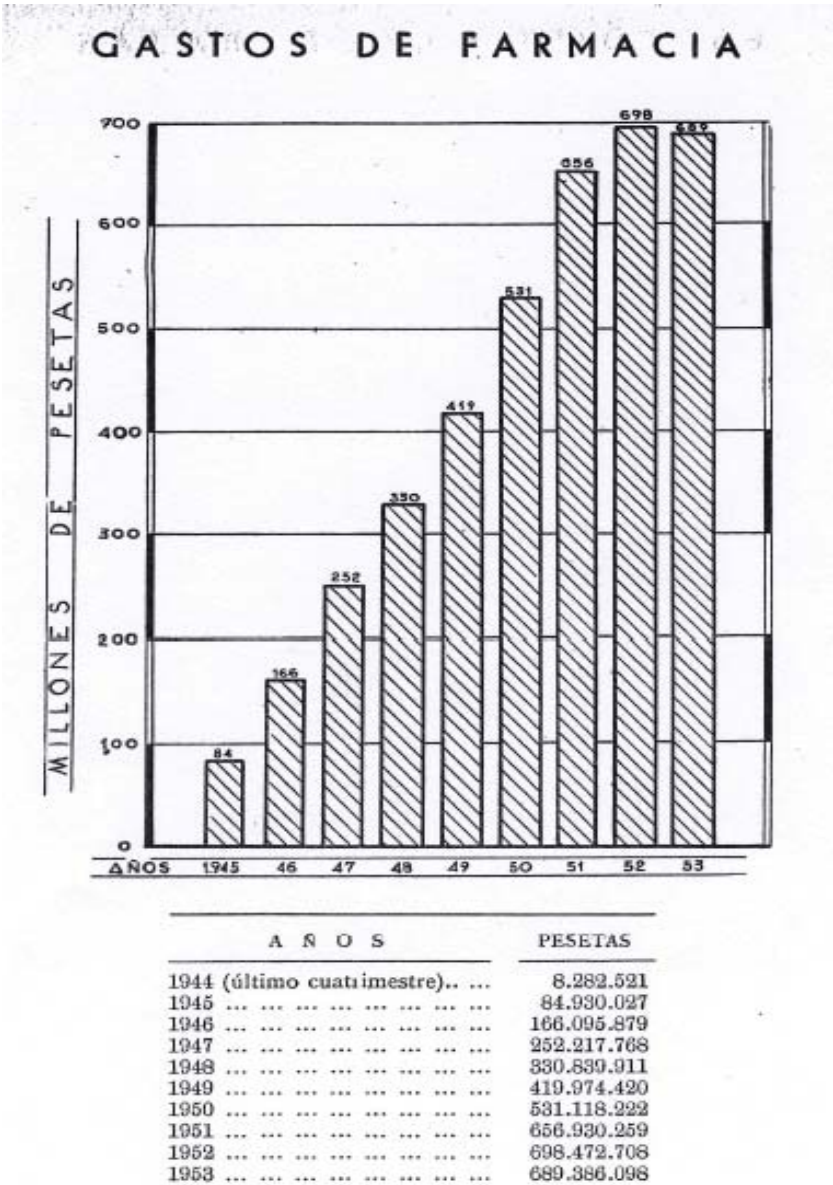
General de Colegios Oficiales Médicos, un representante de los laboratorios preparadores de 'especialidades farmacéuticas' y el jefe de sección de registros farmacéuticos de la Inspección General de Farmacia.

En estos primeros años del seguro de enfermedad, el gasto en medicamentos se fue incrementando de forma muy notable: en el año 1945 ascendió a 84.930.027 pesetas y, al siguiente, en 1946, alcanzó la cifra de 166.095.879 pesetas<sup>560</sup>, que representaba un 95,6% de incremento interanual, cuando aún no se habían puesto en marcha las especialidades médicas. En los gráficos que siguen se detalla la evolución de los gastos en medicamentos desde 1945 hasta 1953<sup>561</sup>, en el año 1945 se produjo un gasto de 84.930.027 pesetas y en este año de 1953 el gasto ascendió a 689.386.098 pesetas, lo que representó un aumento del 811,71 %.

---

<sup>560</sup> [EDITORIAL. REVISTA DEL SEGURO DE ENFERMEDAD]. "Editorial". *Revista del Seguro de Enfermedad*, 2(5/6): 11-16. Madrid, 1954 (cf. pág. 16).

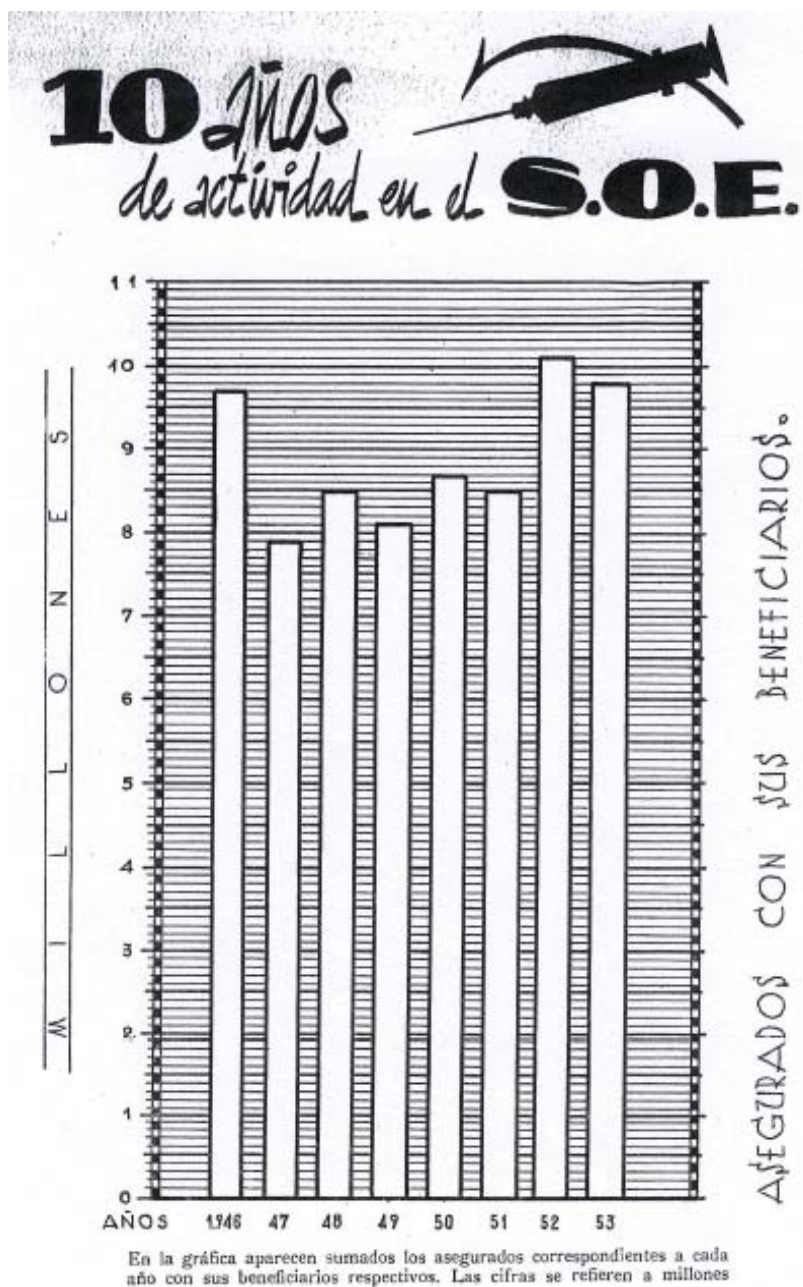
<sup>561</sup> *Op. cit. ut supra*, cf. pág. 16.



*Revista del Seguro de Enfermedad*, 2(5/6): 16. Madrid, 1954

El incremento de beneficiarios no se produjo al mismo ritmo, como se ve en el siguiente gráfico, por lo que los ingresos del Seguro no crecían de forma similar a los gastos<sup>562</sup>. Por ello, el incremento de la prima, de un 6,35% a un 8%, en el año 1948, se efectuó para compensar las desviaciones:

<sup>562</sup> *Op. cit. ut supra*, cf. pág. 16.



*Revista del Seguro de Enfermedad*, 2(5/6): 12. Madrid, 1954

La evolución ascendente del gasto en medicamentos, ligada a una repercusión positiva en la salud de los asegurados y a una evolución, también ascendente, de los

ingresos de la industria farmacéutica y de las farmacias, fue expuesta el ministro José Antonio Girón en un discurso pronunciado en las Cortes durante el verano del año 1950:

«Hasta aquel momento, las clases económicamente débiles no consumían medicamentos. Cuando más, alguna receta magistral, la clásica receta que apenas tenía volumen económico. De pronto una demanda fabulosa y repentina hizo elevar el consumo de medicamentos de tal modo, que en un gráfico habría que figurarlo con una vertical altísima. Los beneficiarios del seguro no tenían capacidad económica para adquirir medicamentos de un coste que se llevaba en cualquier caso el importe de un jornal o de varios jornales. (...) la ruptura de la compuerta produjo la inundación y el susto. Alguien llegó a temer, y con cierto fundamento, que semejante riada iba a dar al trate con el seguro de enfermedad en pocos meses (...).

Me interesa hacer constar, para mayor claridad en la comprensión del problema general de la prestación farmacéutica, y sencillamente por pura información de los señores procuradores, que el seguro obligatorio de enfermedad ha dejado a la industria química y a las farmacias españolas un beneficio, en cinco años, de pesetas 553.966.689,73. Este beneficio se obtiene de aplicar el 15 por cien para la industria químico-farmacéutica, el 12 por 100 para el almacenista y el 25 por 100 para las farmacias, sobre los 1.261 millones largos que importa el suministro durante cinco años, que, como son detracciones sucesivas, representa el 43,9 por 100 de la cantidad total.

(...) quiero aclarar a este respecto que el 12 por 100 del almacenista y el 25 por 100 de beneficio que el farmacéutico obtiene son beneficios brutos –no ocurre lo mismo con el 15 por cien del preparador, que es líquido- y que de ellos tiene que deducir los gastos generales, que no son pequeños»<sup>563</sup>.

Aunque el discurso de José Antonio Girón parecía una mera relación de cifras fácilmente comprensibles, tenía un fin muy meditado: por un lado, informaba sobre el ‘ajustado’ equilibrio de cifras del Seguro dejando ver que la propuesta de incremento de márgenes de algún sector daría lugar al desequilibrio del Seguro y, por otro lado, recordaba que el Seguro podía disponer de farmacias y laboratorios propios; se trataba de una clara advertencia a ambos sectores, especialmente a los farmacéuticos, utilizando un lenguaje acorde con el Régimen:

«Cualquiera de vosotros que tenga una ligera experiencia comercial sabe que, partiendo de un 25 por 100 de beneficio bruto, no quedan grandes márgenes de utilidades, y hasta pueden resultar cifras catastróficas si se tiene en cuenta el enorme riesgo que caracteriza a estos negocios. ¿Qué remedio cabría aplicar? Entre elevar los costes de los productos para poder garantizar a los farmacéuticos una utilidad que hoy parece que no tienen, con lo cual agravaríamos la situación financiera del seguro y condenar a una benemérita clase a prestar un servicio tan voluminoso sin compensación que valga la pena, ¿no cabría una solución

<sup>563</sup> José Antonio GIRÓN DE VELASCO. “El Farmacéutico Español es un colaborador generoso del Seguro de Enfermedad. Importante discurso del Excmo. Sr. Ministro de Trabajo en la Sesión Plenaria de las Cortes Españolas, el día 12 de julio”. *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 83: 18-22. Madrid, 1950.

intermedia?, ¿no cabría que el seguro dispusiera de laboratorios propios y de farmacias propias en los que bastaría con cubrir los gastos? Esta solución no perjudicaría a nadie, puesto que antes de la existencia del seguro existía la industria químico-farmacéutica y la carrera farmacéutica, sin que a causa del seguro se hayan hecho nuevas instalaciones apreciables, que, en caso de existir, serían absorbidas por el seguro. Tal vez algún día vosotros, señores procuradores, tendréis que considerar este problema y resolverlo. Ese día, si vosotros consideráis necesario que llegue, será el día de la libración económica de esas clases beneméritas, a las que hemos abrumado con una obligación dura de llevar durante los años primeros del seguro, que gracias a ella ha podido ponerse en marcha, por lo que a la prestación farmacéutica se refiere. Ese será el día también de agradecerles públicamente, al mismo tiempo, sus grandes servicios, que no pueden seguir pesando sobre su martirizada economía»<sup>564</sup>.

La contestación del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos a las palabras del ministro Girón se centró en trasladar la responsabilidad de alcanzar un acuerdo a los organismos técnicos, pues entendía que el problema tenía una solución técnica, económica, matemática, no podría basarse en otro tipo de planteamiento:

«Es natural que el problema no puede ventilarse ni en un discurso ni en unos comentarios; serán organismos técnicos al servicio del señor ministro los que, no olvidando el fin social que se persigue y con la colaboración de los sanitarios españoles, le puedan asesorar para que sus determinaciones encierren el mayor acierto posible en la solución de la mayoría de los múltiples aspectos de este problema de tan extraordinario interés para los asegurados y para la propia patria española»<sup>565</sup>.

La realidad fue que, años más tarde, el Seguro evaluó técnicamente esa posibilidad de crear laboratorios, almacenes y farmacias propias y, para ello, efectuó un estudio exhaustivo, fechado en octubre de 1958 y rubricado por el equipo del Subdelegado general de Seguros del Instituto Nacional de Previsión, Enrique Serrano Guirado. Entre las conclusiones para reducir el gasto en medicamentos, este estudio recogió dos, propuestas bajo el título «la socialización de la farmacia», que comprendía la conclusión quincuagésima donde se proponía la apertura de farmacias propias del Seguro atendidas por un cuerpo propio de profesionales farmacéuticos especialistas, y la conclusión quincuagésimo primera que proponía la fabricación de la mayoría de los medicamentos del *Petitorio*... por el propio Seguro:

«A) *La socialización de la farmacia.*

*QUINCUAGÉSIMA.-* Que existe una opinión bastante generalizada en el sentido de que *si se ha llegado a socializar la medicina, no hay razón alguna para que se mantenga criterio distinto respecto de las prestaciones farmacéuticas*

<sup>564</sup> José Antonio GIRÓN DE VELASCO. *Op. cit. ut supra*.

<sup>565</sup> José Antonio GIRÓN DE VELASCO. *Op. cit. ut supra*.

dentro del S.O.E; que constituyendo el Seguro un *servicio público de salud*, podrían dictarse normas sobre nombramientos de “especialistas farmacéuticos”; con establecimiento propio, que expidieran por cuenta de aquel las fórmulas magistrales y especialidades incluidas en el Petitorio. (...)

QUINCUAGÉSIMO PRIMERA.- Que se propugna por algunos la tesis, hoy bastante defendida, de que *el Seguro debería fabricar por su cuenta la mayoría de las especialidades que figuran incluidas en el Petitorio*, o alternatively, llegar a la creación de establecimientos propios expendedores de toda clase de productos, liberando a las Farmacias de esta función. Estos criterios son los mas radicales, pero están animados por la necesidad de que el actual sistema de producción y venta de medicamentos utilizados por el Seguro, debe ser modificado, aún cuando ello implique sacrificar cualquier clase de intereses particulares o profesionales, siempre subordinados al interés general y al bien común»<sup>566</sup>.

Tabla XV. Número de asegurados, de beneficiarios, de recetas dispensadas con cargo al Seguro Obligatorio de Enfermedad y gasto promedio de farmacia por persona de protección anual [1944/1955]				
Años	Asegurados	Asegurados y beneficiarios	Recetas dispensadas	Gasto promedio [pesetas]
1944	2.143.672	8.972.617		0,92
1945	2.521.866	9.835.370		8,64
1946	2.749.089	10.447.633		15,90
1947	3.034.107	11.354.611		22,21
1948	3.166.296	11.712.747		28,25
1949	3.131.501	11.511.354		36,48
1950	3.064.641	11.245.278	32.104.000	47,23
1951	3.162.444	11.599.942	35.182.000	56,63
1952	3.297.288	12.063.823	39.679.000	57,88
1953	3.719.362	12.427.116	43.210.000	55,48
1954	3.621.110	12.620.689	45.471.000	58,27
1955	3.784.376	13.165.127	49.752.000	66,67
Fuente: <i>Informe sobre la prestación farmacéutica en el Seguro de Enfermedad del Instituto Nacional de Previsión, Octubre de 1958</i> (Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), documentos 69; cf. pág. 199).				

En 1951, año en que se aprobó el primer *Petitorio...* para la prestación farmacéutica, el Seguro encuadraba a 3.143.617 asegurados, lo que significaba un total

<sup>566</sup> Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA). Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963], leg. 49-L. “Informes sobre el Seguro de Enfermedad: Informe s/ [sobre] servicios de la Beneficencia y el SOE [Seguro Obligatorio de Enfermedad]. Informe s/ [sobre] prestaciones farmacéuticas en el SOE [Seguro Obligatorio de Enfermedad]. Informe s/ [sobre] procedimiento de revisión [de] recetas SOE [Seguro Obligatorio de Enfermedad]”.

de 8.417.670 beneficiarios<sup>567</sup>, incluyendo los asegurados en paro forzoso y los pensionistas por accidentes de trabajo.

Las prestaciones farmacéuticas del seguro de enfermedad, en relación con la renta nacional en los años 1954 y 1955, representaban un porcentaje del 0,3%, sin embargo, las prestaciones económicas del mismo seguro de enfermedad eran menos de la mitad de ese valor porcentual (0,121%)<sup>568</sup>:

Tabla XVI. Prestaciones farmacéuticas y económicas del Seguro Obligatorio de Enfermedad [1954-1955]		
Conceptos / años	1954	1955
Renta nacional [millones de pesetas]	258.397	271.719
Prestaciones farmacéuticas [millones de pesetas]	735	877
Porcentaje prestaciones farmacéuticas / renta nacional	0,284%	0,32%
Prestaciones económicas [millones de pesetas]	292	331
Porcentaje prestaciones económicas / renta nacional	0,113%	0,121%
Fuente: <i>Informe sobre la prestación farmacéutica en el Seguro de Enfermedad del Instituto Nacional de Previsión, Octubre de 1958</i> (Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), documentos 69; cf. págs. 199, 203).		

El Ministro, en el mismo discurso de agosto de 1950, además, indicaba que el gasto había crecido por la aparición de medicamentos nuevos de elevada eficacia y también de elevado precio:

«El gasto ha sufrido un considerable aumento con la aparición de drogas nuevas, por lo general de una eficacia portentosa, que no hubiera sido decente, ni moral, ni honrado, negarle al trabajador o escamotearle su uso. (...) se observó este fenómeno con la aparición de las sulfamidas; posteriormente, con la de los antibióticos, y en la actualidad, con otras drogas de eficacia verdaderamente

<sup>567</sup> [EDITORIAL. REVISTA DEL SEGURO DE ENFERMEDAD]. "Editorial. Primer Decenio", *Revista del Seguro de Enfermedad*, 1(10): 3-4. Madrid, 1952 (cf. pág. 4).

<sup>568</sup> INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. *Informe sobre la prestación farmacéutica en el Seguro de Enfermedad del Instituto Nacional de Previsión, Octubre de 1958*. Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), documento 69 (cf. pág. 203).



notable, pero cuyo precio, muy elevado, repercute, en efecto, en la economía del seguro»<sup>569</sup>.

Este discurso, efectuado en el verano del año 1950, se debe poner en relación con el coste del medicamento más demandado: la penicilina. En el verano del año anterior, se habían adjudicado a sólo dos empresas, *Compañía Española de Penicilina y Antibióticos* (CEPA) y *Antibióticos S.A.*, la fabricación y comercialización de este medicamento, esta adjudicación se publicó el día 11 de agosto de 1949 y, al día siguiente, se publicó el precio de venta de la penicilina. Precisamente, se inauguraron ambas fábricas en el mismo mes del discurso de José Antonio Girón en las Cortes, agosto del año 1950, en principio destinadas a envasar penicilina americana, que mas adelante fabricarían en España. Por lo que, laboratorios propios no, pero sí laboratorios protegidos y controlados por el Régimen, con objeto de intervenir el precio de elaboración del producto. Una vez fijado el precio de elaboración, el siguiente paso era ajustar el margen de las farmacias, para ello sólo tenía que ‘recordar’ la posibilidad contenida en la Ley del seguro de instalar farmacias propias. Empezaba, en esta fecha, la pugna del seguro de enfermedad por controlar los precios de la penicilina y del resto de antibióticos que, naturalmente, se extendería a todos los medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica.

Sin embargo, son muchas las organizaciones que, ya en los años treinta, defendían la libertad de prescripción del médico sin efectuar gastos inútiles, incluyendo siempre todos los medicamentos de «valor terapéutico reconocido». Se pueden mencionar las conclusiones de la reunión de expertos en organización económica de las prestaciones médicas y farmacéuticas del seguro de enfermedad, celebrada en Ginebra, en 1934:

«Sin poner trabas a la libertad de tratamiento y de prescripción del facultativo, ni afectar a las legítimas preocupaciones del enfermo, puede y debe observarse la mas estricta economía compatible con el deseo de eficacia para el bien general de la colectividad asegurada.

Todos los medicamentos de valor terapéutico reconocido, cualquiera que sea su precio, deben poder recetarse cuando en un caso dado sean indispensables para el restablecimiento de la salud y de la capacidad de trabajo.

En los países que hayan establecido para el seguro de Enfermedad una lista farmacéutica limitativa, esta debe ponerse constantemente al día con los progresos de la farmacología.

---

<sup>569</sup> José Antonio GIRÓN DE VELASCO. “El Farmacéutico Español es un colaborador generoso del Seguro de Enfermedad. Importante discurso del Excmo. Sr. Ministro de Trabajo en la Sesión Plenaria de Iks Cortes Españolas, el día 12 de julio”. *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 83: 18-22. Madrid, 1950.

Los medicamentos de lujo, los productos cosméticos y los remedios secretos no deben recetarse»<sup>570</sup>.

Y la Conferencia internacional de las uniones nacionales de sociedades mutuas y de cajas de seguros, reunida en 1933:

«El médico debe tener libertad para determinar el tratamiento ya que es responsable de su actividad médica. El asegurado (...) tiene derecho a un tratamiento eficaz. Sin embargo, la libertad del médico no sufre porque se exija un tratamiento económico y sin gastos inútiles, justificado por el interés de los asegurados, de la institución aseguradora y de la economía en general»<sup>571</sup>.

Se destaca la necesidad de determinar los medicamentos útiles o eficaces, independientemente de su precio; pues se considera que un tratamiento es económico cuando el médico prescribe sólo los medicamentos útiles para la curación del asegurado, eliminando los inútiles o superfluos.

No obstante, algunos autores defendían que a la prescripción de medicamentos útiles se debía unir la necesidad de elegir el más económico, entre los que tuvieran la misma eficacia; ya en 1932, algunos expertos mantenían:

«Las Leyes obligan a las Cajas a prestar una asistencia suficiente pero sin salirse de lo necesario, y, por tanto, tienen derecho a exigir a los médicos que dentro de las que tengan la misma eficacia, prescriban los medicamentos de menor coste (...) indispensable una acción conjunta de las entidades aseguradoras y el cuerpo médico para establecer unas normas que regulen esta cuestión, y establecer un control que haga respetar esas normas»<sup>572</sup>.

Luis Jordana de Pozas, en 1952, pedía, no sólo una lista de medicamentos para la prescripción por los médicos del Seguro, sino que defendía sistematizar los diagnósticos y los métodos terapéuticos:

«Es imprescindible un cuadro básico de medicamentos y una sistematización de diagnósticos y métodos terapéuticos»<sup>573</sup>.

---

<sup>570</sup> OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO. *Código Internacional del trabajo 1955. Presentación metódica de los convenios y recomendaciones adoptados por la Conferencia Internacional del Trabajo, 1919-1955, con anexos en que figuran otras normas de política social...* Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo, 1957. 2 vols. (cf. vol. 2: 252).

<sup>571</sup> INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. *Conferencia internacional de las uniones nacionales de sociedades mutuas y de cajas de seguros*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1933.

<sup>572</sup> INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. *El servicio médico y el seguro social*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión [Sobrinos de la Sucesora de M. Minuesa de los Ríos], 1932.

<sup>573</sup> LUIS JORDANA DE POZAS. *Conferencia en la IV reunión del Congreso Iberoamericano de Seguridad Social*. Madrid: Organización Iberoamericana de Seguridad Social, 1952.

*El Petitorio... para la prestación farmacéutica (1951) y el Catálogo de especialidades farmacéuticas incluidas en el petitorio... (1954)*

El Decreto de 21 de julio de 1950 (BOE, 20-VIII-1950) crea la Jefatura Nacional del Seguro de Enfermedad en la Dirección General de Previsión; en pocos meses se haría cargo de la elaboración del *Petitorio...* oficial del Seguro para la prestación farmacéutica y seleccionaría los medicamentos y laboratorios suministradores. Este Decreto coincidió con el nombramiento del nuevo Presidente del Instituto Nacional de Previsión, el jurista católico Pedro Sangro y Ros de Olano, marqués de Guad-El-Jelú, que desempeñó este puesto durante sólo un año. En base al artículo 10 del mencionado Decreto de creación de la Jefatura Nacional del Seguro, José Antonio Girón de Velasco aprobó la Orden de 18 de diciembre de 1950 (BOE, 18-XII-1950), fijando las atribuciones de esa Jefatura Nacional del Seguro Obligatorio de Enfermedad; previamente, se había nombrado, mediante Decreto de 3 de octubre de 1950 (BOE, 15-XI-1950), al primer Jefe Nacional del Seguro Obligatorio de Enfermedad, el magistrado Ramón Díaz Fanjul, que estaría al frente de la Jefatura dos años, pues cesó el 21 de julio de 1952 (BOE, 21-VII-1952) pasando a ser Director de Asistencia Sanitaria e Instalaciones del Seguro Obligatorio de Enfermedad<sup>574</sup>, en el mismo *Boletín Oficial del Estado* se publicó el nombramiento del nuevo Jefe Nacional del Seguro Obligatorio de Enfermedad, el falangista Daniel Pérez y Sáenz de Miera, familiar del jefe de centuria de Falange José Pérez Sáenz de Miera, hombre de confianza del ministro Girón de Velasco, pues ambos habían coincidido como camaradas en la guerra civil<sup>575</sup>; en el año 1954 se le ratificó en el mismo cargo, mediante Decreto de 22 de enero (BOE, 22-I-1954).

En consecuencia, el primer *Petitorio...* oficial del Seguro de Enfermedad, aprobado el 29 de noviembre de 1951, fue elaborado por el equipo de Ramón Díaz Fanjul, mientras que el *Catálogo de especialidades farmacéuticas incluidas en el petitorio...*, revisado el 6 de diciembre de 1954 y aprobado mediante Orden comunicada del Ministerio de Trabajo de 2 de marzo de 1955, fue elaborado por el equipo de Daniel Pérez y Sáenz de Miera.

---

<sup>574</sup> Decreto de 4 de agosto de 1952 (BOE, 10-IX-1952).

<sup>575</sup> Decreto de 21 de julio de 1952 (BOE, 7-VIII-1952).

Durante la elaboración de ambos trabajos estaba al frente de la Dirección General del Instituto Nacional de Previsión, Luis Jordana de Pozas<sup>576</sup>.

Ambos listados, tanto el *Petitorio...* como el *Catálogo de especialidades farmacéuticas incluidas en el petitorio...*, fueron elaborados mientras se encontraba al frente de la Dirección General de Previsión Fernando Coca de la Piñera<sup>577</sup>, pues había sido nombrado mediante Decreto de 27 de enero de 1950 (BOE, 31-I-1950) y fue cesado por el Decreto de 8 de marzo de 1957 (BOE, 15-III-1957), cuando fue sustituido José Antonio Girón de Velasco por Fermín Sanz Orrio, como consecuencia del aumento del protagonismo de los ‘tecnócratas’ en el Gobierno de Francisco Franco. Antes, el Director general de Previsión fue el coronel Camilo Menéndez Tolosa<sup>578</sup>, quien ocupó el cargo desde el 7 de mayo de 1948 hasta el 27 de enero de 1950.

Como presidente del Instituto Nacional de Previsión, coincidiendo con la aprobación de ambos listados de medicamentos, se encontraba el falangista Carlos Pinilla

---

<sup>576</sup> Luis Jordana de Pozas fue nombrado Director general del INP por Decreto de 21 de julio de 1950 (BOE, 20-VIII-1950) y cesado, cuando el cargo se denominaba Delegado general del Instituto Nacional de Previsión, por Decreto de 23 de abril de 1959 (BOE, 27-IV-1959). Durante estos años elaboró un informe, no exento de carácter publicitario, sobre las actividades realizadas por el Instituto Nacional de Previsión (cf. Luis JORDANA DE POZAS. *Los Seguros Sociales en España de 1936 a 1950. Informe sobre las actividades y resultados de la gestión del Instituto Nacional del Instituto Nacional de Previsión, presentado por su Director general... I Asamblea General del Instituto Nacional de Previsión. Sección I.* Madrid: Ministerio de Trabajo / Instituto Nacional de Previsión, 1953).

<sup>577</sup> “... entre los hombres fuertes del primer momento [del franquismo] se encontraba Fernando Coca de la Piñera, tradicionalista y camisa vieja, que fue nombrado delegado provincial de Milicias, aunque unos años después llegaría a ser jefe provincial del Movimiento y Gobernador civil...” (Luis GARRIDO GONZÁLEZ. “El Jaén de Zabaleta en el primer franquismo (1940-1960)”. *Boletín del Instituto de Estudios Giennenses*, 204: 35-54. Jaén, 2011; el texto en págs. 39-40); también Francisco COBO ROMERO, Teresa María ORTEGA LÓPEZ. *Franquismo y posguerra en Andalucía Oriental. Represión, castigo a los vencidos y apoyos sociales al régimen franquista, 1936-1950*. Granada: Universidad de Granada, 2005 (sobre Fernando Coca de la Piñera cf. págs. 251-253).

<sup>578</sup> Camilo Menéndez Tolosa (1899-1971) militar de formación; fue Director general del Instituto Nacional de Previsión hasta 1947 en que fue nombrado Gobernador civil de la provincia de Santander; en 1954 ocupa el cargo de Gobernador civil de la provincia de Navarra, posteriormente fue Director general de Servicios del Ministerio del Ejército, Gobernador militar del Campo de Gibraltar, Capitán general de las Regiones militares VIII (La Coruña) y VI (Burgos) y Jefe de la Casa Militar del Jefe del Estado desde 1962 hasta su nombramiento como Ministro del Ejército, cargo que ocupa desde el 20 de febrero de 1964 hasta el 29 de octubre de 1969. (Cf. Manuel ESPADAS BURGOS, José Luis COMELLAS. *La época de Franco [Historia General de España y América*, 19]. Madrid: Ediciones Rialp, 1987; cf. pág. 120).

Turiño<sup>579</sup>, a quien se había nombrado mediante Decreto de 27 de julio de 1951 (*BOE*, 29-VII-1951) y fue cesado en 1957, mediante Decreto de 8 de marzo de 1957 (*BOE*, 15-III-1957), el mismo día que el Director general de Previsión. Aunque, como el primer *Petitorio...* se aprobó al final de 1951, se puede deducir que el inicio de los trabajos se efectuó con el anterior Presidente del Instituto, Pedro Sangro Ros Olano.

Como hemos dejado señalado, el 29 de noviembre de 1951<sup>580</sup> se aprobó la relación de medicamentos y productos farmacéuticos que podrían recetarse a los beneficiarios del seguro de enfermedad y, además, servir de base para establecer conciertos entre la Jefatura Nacional del Seguro Obligatorio de Enfermedad y los laboratorios farmacéuticos<sup>581</sup>; los medicamentos no incluidos en él se podían prescribir por el médico, justificando la necesidad. El *Petitorio...* se aprobaba en cumplimiento de los artículos 60 y 61 del Reglamento del seguro aprobado en 1943; el artículo 60 establecía: «La asistencia farmacéutica facilitará a los asegurados y beneficiarios cuantas fórmulas magistrales sean prescritas por los facultativos del Seguro y las especialidades farmacéuticas incluidas en un petitorio revisable periódicamente» y, el artículo 61: «corresponde al Seguro la formación y revisión del petitorio de especialidades farmacéuticas». Por lo que, una vez publicado el *Petitorio...*, se aprobaron las bases del concurso para la provisión de los medicamentos que habían de figurar en el *Petitorio...* La publicación de este concurso se ordenó por el Director general de Previsión, Fernando Coca, el 12 de diciembre de 1951 (*BOE*, 14-XII-1951).

Las bases publicadas fueron quince. En la primera se indicaba la finalidad del concurso y se hacía referencia al anexo I donde se detallaba el *Petitorio...* oficial. En la base segunda se establecían cuáles eran los laboratorios que podían participar en el concurso; en concreto, los españoles y extranjeros que estuvieran legalmente autorizados

<sup>579</sup> Carlos Pinilla Turiño (1911-1991), abogado del Cuerpo de Abogados del Estado, sindicalista y falangista, Consejero Nacional y Procurador a Cortes durante nueve de las diez legislaturas del período franquista; fue Senador de España durante las tres primeras legislaturas del reinado de Juan Carlos I. Fue Jefe de la Asesoría Jurídica del Ministerio de Educación Nacional; Gobernador civil y Jefe Provincial del Movimiento de las provincias de Zamora (1938-1940) y de León (1940-1941); Subsecretario de Ministerio de Trabajo, bajo la dirección de José Antonio Girón de Velasco (1945-1951), Presidente del Patronato del Instituto Nacional de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo (1945), Presidente de la 'Obra Párrido Obrero Directo por escasez de Fluido Eléctrico" (1946) y Presidente del Instituto Nacional de Previsión(1951-1957). En 1967 se le designó Inspector Nacional de la vieja guardia de FET-JONS. Dejó impresas unas memorias: Carlos PINILLA TURIÑO. *Como el vuelo de un pájaro*. Madrid: Publisalud, 1987.

<sup>580</sup> Sin embargo, en algunos números de la *Revista del Seguro de Enfermedad* se indica que este *Petitorio...* fue aprobado el 14 de noviembre de 1951 (Cf. [EDITORIAL. REVISTA DEL SEGURO DE ENFERMEDAD]. "El Petitorio oficial". *Revista del Seguro de Enfermedad*, 1(2): 7-8. Madrid, 1952).

<sup>581</sup> [EDITORIAL. REVISTA DEL SEGURO DE ENFERMEDAD]. "Petitorio oficial", *Revista del Seguro de Enfermedad*, 1(1): 36-38. Madrid, 1952.

en España; además, sus elaboraciones debían estar aprobadas y registradas por la Dirección General de Sanidad. En la tercera base se indicaba el plazo de quince días para participar en el concurso. En la base cuarta se describían los datos que cada laboratorio debía indicar de sus productos: nombre comercial, clase de producto, composición, características y cuantos datos descriptivos exigiese su perfecto conocimiento; además de la fecha de autorización y el número de registro en la Dirección General de Sanidad, las solicitudes se debían dirigir a la Jefatura Nacional del Seguro Obligatorio que, en esa fecha, estaba ocupada por el magistrado Ramón Díaz Fanjul.

En las bases quinta y sexta se establecían los límites de precios que el Seguro requería; así, la base quinta establecía un precio máximo común de producción en laboratorio para todas las especialidades que denominaba químico-biológico-farmacéuticas, de composición simple, original o de síntesis, como vitaminas, hormonas, antibióticos, extractos orgánicos, etc. Por lo que los laboratorios debían ajustar los precios con un tope establecido en el anexo 2 de las bases. La base sexta estaba dedicada al resto de los medicamentos industriales, en ella se solicitaba de los laboratorios participantes el porcentaje de descuento que estuvieren dispuestos a realizar al Seguro; este descuento nunca podría ser inferior al 12%, calculado sobre el precio de coste en fábrica, de acuerdo con el escandallo aprobado por la Dirección General de Sanidad, vigente a 1 de enero de 1951.

Las bases, séptima, octava y novena se referían a la forma de materializar los descuentos concertados, al suministro de envases clínicos y a la exigencia de que los medicamentos industriales concertados deberían poseer idéntica composición y presentación que los destinados a la venta al público.

La base décima establecía la competencia prioritaria de la Jefatura Nacional del Seguro sobre la Dirección General de Sanidad para dictaminar sobre la prohibición de prescripción y dispensación de cualquiera de los medicamentos incluidos en el *Petitorio...*, cuando los servicios técnicos del Seguro dictaminasen que la fórmula no se ajustaba a la aprobada y registrada en la Dirección General de Sanidad. Incluso, establecía la capacidad sancionadora de la Dirección General de Previsión para esos supuestos.

La base undécima asignaba una competencia a la Jefatura Nacional del Seguro, que se podría calificar de 'discrecional', pues podía prescindir de un medicamento seleccionado e incluido en el *Petitorio...* cuando, «la actitud del laboratorio produzca perturbación administrativa», aunque indicaba que se incoaría el oportuno expediente, en

el que se incluiría una fase de audiencia del interesado. A este supuesto se añadía otro, igualmente discrecional, pues establecía que «podrá adoptarse la medida de exclusión de los productos de un laboratorio si circunstancias extraordinarias para la buena marcha del servicio así lo aconsejaren», en este supuesto, y en el de fuerza mayor, debía constar el dictamen de las asesorías jurídicas del Ministerio de Trabajo y de la Dirección General de Previsión.

En la base duodécima se indicaba que la vigencia del convenio sería de dos años, renovándose tácitamente. La base decimotercera establecía que los laboratorios farmacéuticos no tendrían derecho a indemnización en los casos señalados en las bases décima y undécima. Y, por último, las bases decimotercera y decimocuarta se referían, respectivamente, a que los laboratorios farmacéuticos se someterían a las decisiones de la administración del Ministerio de Trabajo y, que los anexos se encontraban a disposición de los concursantes en la Jefatura Nacional del Seguro Obligatorio de Enfermedad.

El Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España publicó, en su *Boletín de Información*, que había sido imposible alcanzar un acuerdo previo respecto a las condiciones contenidas en el concurso de suministro de medicamentos de fabricación industrial, recordando, a su vez, que tampoco se alcanzó ese acuerdo previo en el primer Convenio celebrado entre el Consejo y el Instituto Nacional de Previsión, para la prestación farmacéutica:

«En ninguno de los dos casos fue posible llegar a una unificación de criterio que quedase plasmado en el acuerdo correspondiente»<sup>582</sup>.

La relación de medicamentos y productos farmacéuticos aprobada el 29 de noviembre de 1951 fue la siguiente:

Tabla XVII. Primer <i>Petitorio</i> ... del Seguro de Enfermedad para la prestación farmacéutica (aprobado el 29 de noviembre de 1951)	
Productos químico-farmacéuticos	Forma farmacéutica
Digitalina al 1x1.000	Soluciones, gránulos y comprimidos
Digitalina al 1x1.000	Inyectables
Glucósidos totales de hojas de Digital	Inyectables, soluciones, comprimidos y

<sup>582</sup> [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. "Editorial. Nuevo Convenio". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 100: 3-4. Madrid, 1953.

	supositorios
Polvo de hojas de Digital	Comprimidos de 0,10 gramos
Tintura valorada de hojas de Digital	Soluciones
Estrofantina	Inyectables y tabletas para vía perlingual
Teofilina-etilendiamina	Inyectables y supositorios
Glucósidos de Scila	Todas sus formas farmacéuticas
Glucósidos de <i>Nerium oleander</i>	Soluciones
Efedrina, sola o asociada	Inyectables
Adrenalina	Soluciones al 1x1.000 e inyectables
Alcanfor / Cafeína / Estricnina	Inyectables
Dietilamida del ácido beta-piridin-carbónico, solo o con Efedrina	Inyectables y soluciones
Pentametilentetrazol, solo o con Efedrina	Inyectables y soluciones
Quinidina	Comprimidos e inyectables
Glicerofosfato sódico	Inyectables
Alcaloides totales del cornezuelo de centeno	Inyectables y soluciones
Ergotinas	Inyectables y soluciones
Ergotamina y Ergotoxina	Todas sus formas farmacéuticas
Tartrato de ergobasina y ergometrina, solo o asociados	Todas sus formas farmacéuticas
Sulfato de beta-fenil-isopropilamina	Inyectables y comprimidos
Khelina	Todas sus formas farmacéuticas
Nitritos	Ampollas y comprimidos
Sulfocianuros	Inyectables y comprimidos
Tetrenitrato de eritrol	Inyectables y comprimidos
Hexanitrato de manitol	Inyectables y comprimidos
Acetilcolina, sola o asociada	Inyectables
Derivados de la Carbaminoilcolina	Inyectables y comprimidos
Suero gelatinizado	Inyectables
Suero fisiológico 'Ringer' glucosado iso- e hipertónico	Inyectables
Extracto elementos sanguíneos	Inyectables
Plasma sanguíneo	Inyectables
Coagulantes	Inyectables
Citrato sódico	Inyectables



Heparina	Inyectables
Cumarina	Comprimidos
Yodo-yoduros, solos o asociados	Inyectables
Yoduros orgánicos	Todas sus formas farmacéuticas
Alcaloides totales del opio, solos o asociados	Inyectables, comprimidos y gotas
Morfina y derivados, sola o asociada	Inyectables
Papaverina y similares, simple y asociada	Inyectables
Clorhidrato de dihidroxicodeinona	Inyectables y comprimidos
Lobelina	Inyectables
Ácido clorhídrico oficial	Comprimidos
Carbonato de magnesio – Trisilicato de magnesio e Hidróxido de aluminio y sus asociados	Comprimidos y polvos
Alcaloides totales de la Belladona y sus asociaciones	Todas sus formas farmacéuticas
Atropina	Inyectables
Escopolamina	Inyectables y comprimidos
Eserina y sucedáneos	Inyectables
Imidazolina y sus derivados	Gotas
Sulfato de magnesio	Inyectables
Apomorfina	Inyectables
Ipecacuana y sus alcaloides	Gotas y tabletas
Antihistamínicos	Todas sus formas farmacéuticas y asociaciones
Histidina	Inyectables
Histamina	Inyectables
Hidrolizados de la caseína	Inyectables
Triptófano	Inyectables
Extracto hepático, solo o asociado	Inyectables
Hierro y derivados	Todas sus formas farmacéuticas, menos inyectables
Ácido fólico, solo o asociado	Inyectables y comprimidos
Ácido dehidrocólico	Comprimidos
Boldo y sus asociaciones	Todas sus formas farmacéuticas
Coleréticos y colagogos	Píldoras y comprimidos
Ringer	Comprimidos
Vitaminas A, D, A+D	Gotas e inyectables. Ampollas para vía

	digestiva y dosis masiva
Vitaminas B1,B2, B6, B12	Inyectables
Vitamina K	Inyectables y comprimidos
Vitamina C	Inyectables
Vitamina P	Inyectables
Rutina	Todas sus formas farmacéuticas
Vitamina E	Inyectables y comprimidos
Vitamina P. P	Inyectables y comprimidos
Ácido para-amino-benzoico	Comprimidos
Insulina	Inyectables
Acetato de desoxicorticosterona / hormona de la corteza suprarrenal	Inyectables
Foliculina	Inyectables y tabletas por vía perlingual
Luteína o Progesterona, sola y asociada con vitamina E	Inyectables
Gonadotropinas, hormona lóbulo anterior hipófisis	Inyectables
Estilbeno y derivados, solo y asociado	Inyectables, comprimidos, gotas y pomadas
Estradiol	Inyectables
Testosterona, hormona masculina	Inyectables
Lóbulo posterior, hipófisis	Inyectables
Extracto esplénico	Inyectables
Extractos tiroideos valorados	Inyectables, comprimidos y gotas
Hormona del tiroides	Inyectables, comprimidos y gotas
Tiroxina, Diyodotiroxina	Inyectables, comprimidos y gotas
Tiouracilo y sus derivados	Comprimidos
Cloruro-gluconato y Tionato de calcio	Inyectables
Cloruro cálcico-fosfato tricálcico y carbonato de cal; solos o asociados entre sí	Soluciones y comprimidos
Cacodilato, Arrhenal, Arseniato sódico; solos o asociados	Soluciones y comprimidos
Sales de los ácidos heptinclorarsínico y dimetil-amino-metil-fosfínico	Inyectables
Anatoxinas	Inyectables
Antitoxinas	Inyectables
Sueros anti-infecciosos	Inyectables

Vacuna B. C. G.	Todas sus formas farmacéuticas
Vacunas preventivas y curativas	Inyectables
Caseína solubilizada y similares	Inyectables
Arsénicos trivalentes y Arsenóxidos	Inyectables y comprimidos
Arsénicos pentavalentes	Inyectables y supositorios
Bismuto	Inyectables y supositorios
Mercurio y mercuriales	Inyectables
Quinina	Inyectables, comprimidos y tabletas
Antipalúdicos sintéticos	Inyectables
Clorhidrato de emetina	Inyectables
Antimonio, sales y sucedáneos	Inyectables
Urotropina y compuesto de urotropina	Inyectables y comprimidos
Ácido mandélico, piridina y derivados	Inyectables y comprimidos de 0,50 gramos como mínimo. Colirios, polvo estéril, óvulos, supositorios y pomadas al 5% como mínimo
Sulfamidas simples y combinadas	Inyectables
Mostazas nitrogenadas	Inyectables
Azufre	Soluciones, polvos y pomadas
Azufre, sus derivados y asociaciones	Polvos y soluciones
Dicloro-difenil-tricloreto (como antiparasitario)	Todas sus formas farmacéuticas
P.A.S.	Inyectables, inyectables con procaína o sinón.
Penicilina	Inyectables
Estreptomicina	Comprimidos, sellos, grageas y supositorios
Cloromicetina -Cloramfenicol	Comprimidos, sellos y grageas
Aureomicina	Uso externo
Tirotricina	Todas sus formas farmacéuticas
Aceite de quenopodio	Todas sus formas farmacéuticas
Extracto etéreo de helecho macho	Todas sus formas farmacéuticas
Principios activos del helecho macho	Todas sus formas farmacéuticas
Violeta de genciana	Todas sus formas farmacéuticas
Tetracloruro de carbono	Todas sus formas farmacéuticas
Tetracloroetileno	Todas sus formas farmacéuticas
Anestésicos	Todas sus formas farmacéuticas

Fenildimetil dimetilaminopirazolona, derivados y asociaciones	Comprimidos, inyectables y supositorios
Barbitúricos	Inyectables
Espasmolíticos	Inyectables
Tetraetilamonio y sus compuestos	Comprimidos
Bromuros	Inyectables y grageas
Hematoporfirina	Inyectables
Hidanteinatos, solos o asociados	Inyectables y gotas
Estricnina, sola y asociada	Inyectables
Picrotoxina	Inyectables al 1x1.000
Pomadas oftálmicas	Pomadas
Colirios	Colirios
Preparados instalación nasal	Inhaladores
Derivados de la Xantina	Inyectables y supositorios
Nucleótidos	Inyectables
Tuberculinas para diagnósticos	Todas sus formas farmacéuticas
Extractos de polen	Inyectables
Preparados para contraste radiológico	Todas sus formas farmacéuticas
Ácido acetilsalicílico	Comprimidos
Salicilato sódico	Soluciones, comprimidos e inyectables (ampollas no menor de 0,25 gramos)
Salicilato sódico y amida del mismo; asociaciones	Grageas, sellos, comprimidos y supositorios
Atofán, solo y asociado	Inyectables y comprimidos
Salicil-fenilcinconin y fenil quinolim-carbónico y sus asociaciones	Todas sus formas farmacéuticas
Colchicina	Comprimidos
Antihemorroidales	Supositorios y pomadas
Brea. Tumenol. Aceite de cade. Crisarobina. Resorcina. Bálsamo del Perú.	Linimentos, embrocaciones
Ácido salicílico. Óxido de cinc y sus asociaciones	Pomadas y soluciones

El 19 de diciembre de 1951 se publica en la prensa una información relacionada con la implantación del *Petitorio...*, en la que se traslada que éste incluye los medicamentos que tienen un «positivo valor en el tratamiento de todas y cada una de las

enfermedades» y que se elimina «todo lo inútil», evitando «esas recetas de complacencia que perjudican a todos»<sup>583</sup>.

En marzo de 1952, en el diario *Las Provincias* de Valencia, el Director general de Previsión señalaba que la mayor dificultad con que se enfrentaba el Seguro de Enfermedad era el elevado gasto en medicamentos y planteaba su reducción, mediante la suscripción de acuerdos comerciales con las empresas farmacéuticas, derivados de la elevada demanda pública:

«- Como última cuestión, ¿quiere decirnos cuál es hoy la mayor dificultad con que se enfrenta el Seguro de Enfermedad?

- Sin duda alguna el elevado coste de los medicamentos, que supone un gasto diario de dos millones de pesetas.

- ¿Han pensado cómo solucionar tan grave problema?

- El Seguro de Enfermedad es el mejor cliente de la industria farmacéutica española. Pretendemos huir de una intromisión en esferas propias de la actividad privada, pero creemos tener derecho a que por aplicación de las normas comerciales usuales en la actividad privada, se nos dé el trato debido al mejor cliente»<sup>584</sup>.

A la disminución del gasto en medicamentos debía también de contribuir el *Petitorio*... oficial, recientemente aprobado en noviembre de 1951, según lo expuso la Jefatura Nacional del Seguro, en abril de 1952, al detallar las razones que dieron lugar a su redacción:

«Por una parte existe el peligro del abuso de los modernos y activos productos químicos y biológicos, y de otra, que la administración de los medicamentos sin precisión ni rigor determina numerosas contraindicaciones, incompatibilidades y sensibilizaciones ya de todos conocidas.

Pero no es menos importante el aspecto social del problema; la falta de cultura en las gentes, o aun la ausencia de sentido ético, crea, en ocasiones, esas reacciones individuales que originan agudos choques entre médicos y asegurados»<sup>585</sup>.

Según se aclaraba en la *Revista del Seguro de Enfermedad*, en abril de 1952, el *Petitorio*... recogía los medicamentos que se «deberán recetar en el momento de su entrada en vigor (...), sin ninguna restricción en lo que a la fórmula magistral se refiere» y establecía lo que la dirección del Seguro denominaba «la orientación técnica», que definía como:

---

<sup>583</sup> *La Vanguardia Española*, 19-XII-1951 (cf. pág. 6).

<sup>584</sup> [EDITORIAL. REVISTA DEL SEGURO DE ENFERMEDAD]. "Noticias. De la estancia en Valencia del Director General de Previsión". *Revista del Seguro de Enfermedad*, 1(1): 45-46. Madrid, 1952.

<sup>585</sup> [EDITORIAL. REVISTA DEL SEGURO DE ENFERMEDAD]. "El Petitorio oficial". *Revista del Seguro de Enfermedad*, 1(2): 7-8. Madrid, 1952 (cf. pág. 7).

«La realidad farmacéutica que el médico practico tiene a su alcance y que, dentro de la heterogeneidad comercial, conviene fijar y delimitar a fin de facilitar la labor de todos dentro de las normas técnicas ya marcadas»<sup>586</sup>.

Esta orientación técnica no se planteaba tan estricta para la adquisición de medicamentos destinados a ambulatorios y residencias, pues la dirección de la Jefatura Nacional del Seguro afirmaba que, «naturalmente al Seguro nadie puede discutirle su derecho a comprar lo que necesite, cuándo, cómo y dónde lo necesite».

Respecto a su vigencia, el mismo número de abril de 1952 de la *Revista del Seguro de Enfermedad*, indicaba que el *Petitorio...* no entraría en vigor hasta que se determinase oficialmente por la Jefatura Nacional del Seguro. Aunque fue aprobado en 1951, se implantó definitivamente en 1 de enero de 1954. La Orden de 28 de septiembre de 1953 (BOE, 13-X-1953) así lo establecía en su artículo primero, «a partir de enero de 1954, en el seguro obligatorio de enfermedad comenzará a regir el petitorio de las prestaciones farmacéuticas elaborado por la comisión mixta del mencionado seguro en este ministerio».

Previamente, una Orden del Ministerio de Trabajo, de 28 de abril de 1953 (BOE, 30-IV-1953), sobre información entre los asegurados en el Seguro de Enfermedad sobre el sistema de servicio de farmacia, dispuso que los mismos productores votaran por el sistema de prescripción farmacéutica que preferían. Los motivos de la consulta se detallaban en el preámbulo de la Orden y se basaban en el elevado gasto de la prestación farmacéutica. Las dos opciones que planteaban la consulta eran: que continúe el sistema que actualmente viene rigiendo de facilitar todos los medicamentos, cualquiera que sea su valor terapéutico, con la excepción de los antibióticos y productos modernos o, por el contrario, si se acepta un *Petitorio...* de medicamentos fundamentales, fórmulas magistrales y los antibióticos y drogas modernas que se dejan mencionados en el preámbulo. De la lectura de las dos opciones, no cabe duda que la votación mayoritaria se decantaría por el *Petitorio...*, pues éste sería el único modo de adquirir antibióticos y otros medicamentos modernos, con cargo al Seguro de Enfermedad. El resultado previsto fue el real, según se recogió en la prensa nacional, una vez redactado el *Petitorio...*:

«El resultado de la valoración fue abrumador: los trabajadores españoles votaron por el petitorio.

Estamos seguros de que la clase médica votará también, en la intimidad de su conciencia, en el mismo sentido que los productores.

<sup>586</sup> [EDITORIAL. REVISTA DEL SEGURO DE ENFERMEDAD]. "El Petitorio oficial". *Revista del Seguro de Enfermedad*, 1(2): 7-8. Madrid, 1952 (cf. pág. 7).

He aquí una invocación general a la reflexión, en materia de vital interés para las clases modestas, daba como resultado una afirmación juiciosa, de austeridad y de eficacia (...) Acaso en el seno de muchas familias, la superstición ante el nombre mágico de muchos jarabes, colirios prestigiosos y enormes panaceas llorase aquella libertad perdida. La clase trabajadora, en conjunto, votó por lo mejor. Y lo mejor sin duda alguna, era afrontar un problema que suponía, nada menos, atreverse a definir qué medicamentos valen la pena del sacrificio económico que al productor, al empresario y al país entero le cuesta el seguro; y que otros medicamentos no se reputan eficaces en grado suficiente. (...) Era bien se comprende, situarse, al fin, ante una industria delicadísima, que teóricamente recoge el fruto de la investigación al servicio de la salud humana. Una industria que ha de desenvolverse necesariamente en un régimen de libertad de creación y de libertad de ofrecimiento a su eventual clientela. Incluso de respeto a su riesgo económico, y a la caducidad de muchas de sus fórmulas e inversiones. Pero, por el carácter sagrado de su fin, también una industria que, ante la salud del pueblo, debe ver proscrito todo artificio, banal, todo derroche estéril, todo recurso meramente apuntado a la imaginación del que sufre.

El problema es siempre el mismo en estos grandes casos de enjuiciamiento: Quién puede decidir en las condiciones de máxima imparcialidad. Lógicamente la eficacia de una especialidad farmacéutica solo pueden afirmarla o negarla las autoridades en la materia. El Seguro de Enfermedad ha redactado un Petitorio, bajo el criterio de una Comisión de personalidades que con pleno rigor científico juzgan la eficacia curativa de cada producto y sus merecimientos para formar parte de la extensa relación que el petitorio comprende. Figuran en ella las especialidades más modernas, las más caras, incluso aquellas que necesitan condiciones para ser recetadas.

Por lo demás, contando siempre con la posibilidad que el médico del Seguro tiene para recetar todas las fórmulas magistrales que un farmacéutico puede preparar, el petitorio es, además, revisable, y de hecho se está revisando constantemente»<sup>587</sup>.

Este resultado también se recogió en el preámbulo de la citada Orden de 28 de septiembre de 1953 (BOE, 13-X-1953): «habiéndose realizado de conformidad con la Orden de este departamento de 28 de abril último, la información entre los asegurados del Seguro Obligatorio de Enfermedad sobre la forma de facilitar las prestaciones de Farmacia y aceptando los deseos expuestos por una gran mayoría de los asegurados».

Previamente, en la prensa nacional, se publicaron varias informaciones relacionadas con esta consulta, como la de 1 de mayo de 1953, en la que se exponían el objeto y el procedimiento de la consulta, que se realizaría en las mesas expuestas en las empresas. En el proceso de consulta el Sindicato único tenía un papel protagonista, pues, la composición de cada mesa, donde se depositaría la papeleta individual y se reflejaría el resultado de la consulta, estaría formada por el representante de la empresa, el enlace

---

<sup>587</sup> ABC, 4-XII-1955 (cf. pág. 19).

sindical y cuatro trabajadores asegurados designados de común acuerdo por la empresa y el enlace sindical:

«La información será secreta y por el sistema de papeletas individuales (...) la mesa encargada de presidir el acto informativo y de reflejar su resultado estará constituida por el jefe de la empresa o su representante, el enlace sindical y cuatro trabajadores asegurados, designados de común acuerdo por la empresa y el enlace»<sup>588</sup>.

El 19 de mayo de 1953 se publicó otra nota de prensa, redactada en el gabinete de José Antonio Girón de Velasco destinada a los trabajadores, donde detallaba las razones que habían llevado a la elaboración de un *Petitorio...* para el seguro, con una consulta previa a los asegurados. Se indicaba también que el *Petitorio...* al que hacía referencia el Ministro contenía 157 medicamentos e iba firmado por el presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, Antonio Crespo Álvarez, además de avalado con la firma de nueve facultativos:

«En algunos países el asegurado ha de pagar una cantidad por cada receta, cualquiera que sea el costo de la especialidad. En otros se modificó la prima de cotización o se impuso al asegurado el satisfacer un elevado tanto por ciento del valor del medicamento. Ni un sistema ni otro proponemos; hemos de ser consecuentes y fieles al sistema que se preconizó desde un principio, pero hay que pensar seriamente una medida de acuerdo con la realidad. No puede moverse la cuota en las circunstancias actuales (...) Tampoco queremos que el asegurado contribuya con una participación del valor del medicamento, porque el elevado coste de muchos preparados le impediría con sus ingresos, ya mermados por su situación de baja, la adquisición del remedio para su enfermedad (...) Esta preocupación condujo a los órganos del SOE a someter a la comisión mixta del ministerio de trabajo la necesidad de aprobar un petitorio de especialidades farmacéuticas en el que figuraran todos los medicamentos y productos fundamentales y suficientes para asegurar un tratamiento eficaz, con arreglo a la terapéutica actual, incluyendo antibióticos y excluyendo, en cambio, aquellas medicinas de escaso o nulo valor curativo (...) la comisión mixta aprobó por unanimidad dicho petitorio (...) el SOE antes de tomar tan trascendental medida, quiere saber la posición de los asegurados, y, a sus efectos, somete a su criterio y votación el régimen a seguir en el futuro»<sup>589</sup>.

Siete días después, el 26 de mayo de 1953, se publicó en la prensa una entrevista con José Antonio Girón de Velasco, en ella justificaba la consulta a los trabajadores al conocer que éstos no veían una intención transparente en la consulta:

---

<sup>588</sup> *La Vanguardia Española*, 1-V-1953 (cf. pág. 1).

<sup>589</sup> *ABC*, 19-V-1953 (cf. pág. 15).



«Parece, señor ministro, que hay un cierto desasosiego con motivo de la consulta dirigida a los trabajadores acerca de los medicamentos que suministra el S.O.E.»<sup>590</sup>.

El ministro Girón argumenta que hay un interés económico y político oculto que pretende ir en contra del sistema propuesto por el Régimen:

«Es posible que exista por ahí alguien, sin noción de la solvencia política y con demasiada noción de la existencia de ciertos intereses mercantiles, y que, por ambición, preste su nombre, su ligereza o su infamia para servir a beneficios propios o ajenos.

Si ese alguien existiera sería inexorablemente enjuiciado, después de ser implacablemente descubierto y expuesto a la luz pública»<sup>591</sup>.

Al leer alguna de las respuestas de José Antonio Girón en esa entrevista, se puede entender el «desasosiego» de los trabajadores:

«- Pero, ¿no se les da a elegir entre unos medicamentos u otros?

- No. Se les pregunta solamente si quieren recibir todos los necesarios a cambio de no recibir los superfluos»<sup>592</sup>.

Una vez elaborado el *Petitorio...*, aunque aún no había entrado en vigor, lo haría el primero de enero de 1954, se suscribió un Concierto del Instituto Nacional de Previsión con el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos, el 9 de mayo de 1953<sup>593</sup>, para aplicación de lo dispuesto en las Órdenes del Ministerio de la Gobernación de 12 y 13 de febrero de 1953 y en el Reglamento del seguro obligatorio de enfermedad de 1943, donde se incluían los descuentos de los medicamentos:

«10. Las especialidades farmacéuticas en envase normal, excepto las elaboradas exclusivamente con uno o mas antibióticos, se abonarán por el Seguro al precio marcado para el público, deduciendo (timbre excluido) el 6,66 por 100, que se deriva de la Orden de 10 de mayo de 1948, más el 18 por 100 de descuento, incrementado por el artículo 1º de la primera Orden de 13 de febrero anterior.

Este último tanto por ciento se distribuirá entre los sectores profesionales, cargando el 5 por 100 sobre la farmacia, el 3 por 100 sobre el almacén y el 10 por 100 sobre los laboratorios preparadores de especialidades farmacéuticas.

11. Las especialidades farmacéuticas en envase normal elaboradas exclusivamente con uno o varios antibióticos, sin que entre en la composición de

---

<sup>590</sup> ABC, 26-V-1953 (cf. pág. 11).

<sup>591</sup> ABC, 26-V-1953 (cf. pág. 11).

<sup>592</sup> ABC, 26-V-1953 (cf. pág. 11).

<sup>593</sup> El convenio fue suscrito por Ramón Díaz Fanjul, Director de Asistencia Sanitaria e Instalaciones del Seguro Obligatorio de Enfermedad y Ramón Turrientes Miguel, Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España; se sometió al conocimiento del Ministro de la Gobernación, que lo aprobó, en cumplimiento de la Orden de 13 de febrero de 1953.

su fórmula ningún otro fármaco activo, se liquidarán por el Seguro al precio marcado para el público, deduciendo (timbre excluido) el 6,66 por 100, mas el 8 por 100 que previene el artículo 2º de la segunda Orden de 13 de febrero próximo pasado; este último descuento se distribuirá a razón de un 5 por 100 sobre la farmacia y un 3 por 100 sobre almacén»<sup>594</sup>.

Una vez suscrito el Concierto, se remitieron instrucciones a los farmacéuticos para la aplicación del *Petitorio...*, mediante una Circular del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos:

«Adjunto tenemos el gusto de remitirle “la relación de grupos de especialidades (petitorio)” que será implantado a partir de 1º de enero de 1954 y que, por lo tanto, son los medicamentos que pueden suministrarse a los asegurados y beneficiarios del seguro obligatorio de enfermedad; igualmente le acompañamos una Circular, firmada por la jefatura nacional de I mencionado seguro, en la que se determina como ha de realizarse el servicio farmacéutico a partir de la mencionada fecha.

Muy en breve recibirán también esta misma documentación, complementada con una relación de las especialidades incluidas en el petitorio oficial, a fin de que lo hagan llegar a cada uno de sus colegiados que ejerzan la profesión con oficina de farmacia abierta al público.

Recordamos a ese colegio, para que a su vez lo efectúe a todos los compañeros que ejerzan bajo esta modalidad, el párrafo último de la base 7ª del convenio, que dice: “para la dispensación de productos no relacionado en él (petitorio) se exigirá la autorización de la inspección de servicios sanitarios del seguro, extendida al dorso de la propia receta oficial”.

Por nuestra parte, y durante las horas de oficina, podremos informar sobre aquellas dudas que se susciten con motivo de la aplicación de las adjuntas normas»<sup>595</sup>.

Mediante una nueva Circular, se remitieron normas complementarias a todos los Colegios farmacéuticos:

«Como continuación a nuestro oficio circular numero 169, y en el cual anunciábamos el próximo envío de documentación para hacerla llegar a cada uno de los farmacéuticos que dispensan medicamentos al SOE, hemos de manifestarles lo siguiente:

La circular que remitíamos a ustedes, firmada por el jefe nacional del SOE, no ha sido aun en nuestro poder el número necesario de ejemplares para todos los farmacéuticos establecidos, y en vista de lo cual hemos mandado imprimirla con toda urgencia y, en cuanto obren en nuestro poder, se los remitiremos para que ustedes puedan hacerlo a los colegiados.

<sup>594</sup> CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA. “Información del Consejo. Nuevo Convenio con el Seguro Obligatorio de Enfermedad”. *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 100: 4-11. Madrid, 1953.

<sup>595</sup> CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA. “Información del Consejo. Circular nº 169. Año de 1953. Asunto: Aplicación Petitorio Seguro de Enfermedad”. *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 103: 6-7. Madrid, 1953.

En el día de hoy se nos remite el petitorio de especialidades farmacéuticas y sus normas aclaratorias, y por este mismo correo les enviamos ejemplares, igual al numero de colegiados establecidos.

Igualmente se nos comunica por la jefatura nacional del seguro de enfermedad que se está imprimiendo un catálogo que relaciona las especialidades comprendidas en el petitorio, el cual, y con objeto de que llegue a poder de los colegios y colegiados lo antes posible, será enviado directamente desde Valladolid, donde se está editando, a las jefaturas provinciales del seguro (delegación provincial), para que por estas sean puestos a disposición de los colegios provinciales, en los primeros días del mes de enero, el numero de ejemplares necesario para entregarlos a los colegiados con oficina de farmacia abierta al publico.

En el próximo correo remitiremos la circular firmada por el jefe nacional a que antes nos hemos referido.

En lo que se refiere a la tarifa, aún en estos días se está ocupando la comisión de la revisión de los precios acoplados al actual momento, y es aspiración de este consejo que se revisen también, en cuanto sea posible, los honorarios profesionales, y así lo discutirá en la comisión, con el deseo de que antes de que ustedes hayan de tasar las recetas correspondientes al mes de enero estén realizadas aquellas modificaciones»<sup>596</sup>.

El nuevo *Petitorio...* fue remitido por la Dirección General de Previsión, Jefatura Nacional del Seguro Obligatorio de Enfermedad, al Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, con la Circular de 4 de diciembre de 1953, firmada por Daniel P. Sáenz de Miera, para su aplicación desde el primero de enero de 1954:

«Dispuesta la fecha de 1º de enero de 1954 para la implantación del petitorio de especialidades farmacéuticas del SOE, y al objeto de informar a ese consejo general para conocimiento de la clase farmacéutica sobre la interpretación que ha de darse a dicho petitorio en sus distintos productos o grupos, esta jefatura estima conveniente comunicarle las siguientes aclaraciones:

1ª a) Si el producto figura reseñado sin la indicación de que puede ir asociado, ha de entenderse que solamente podrán ser dispensadas las especialidades en las que su composición figure solo el producto a que se refieran.

b) si a continuación del producto se reseña que puede ser solo o asociado, se entenderá que pueden dispensarse todas aquellas especialidades en las que en su composición se encuentre solo o asociado a otros productos. En los grupos en que específicamente se indica el producto al que puede asociarse, se comprende que como asociación únicamente se admitirá la del producto expresado.

c) Se observarán rigurosamente las concentraciones marcadas en los productos que se hacen resaltar.

d) Las formas farmacéuticas de especialidades que pueden dispensarse serán exclusivamente aquellas que se expresan en cada producto.

2ª Hasta tanto se disponga de un catálogo que recopile las especialidades farmacéuticas que puedan formularse, esta jefatura, en evitación de dificultades que pudieran surgir en el primer periodo de implantación de las bases que se

<sup>596</sup> CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA. "Información del Consejo. Circular nº 170. Año de 1953. Asunto: Envío Petitorios y normas aclaratorias". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 103: 7-8. Madrid, 1953.

adjuntan, ha acordado se observe una cierta elasticidad por lo que se refiere a las asociaciones o concentraciones relativas a las especialidades de cada grupo o producto o aquellas otras incidencias naturales en este tiempo, Por ello, las oficinas de farmacia podrán dispensar las recetas que se les presenten aunque estas no se ajusten en cuanto a su asociación o concentración a lo exigido en las bases.

3<sup>a</sup> Desde 1 de enero los farmacéuticos cumplirán, con carácter obligatorio, la orden de no dispensar ninguna especialidad bajo forma farmacéutica diferente a la señalada en cada producto o grupo del petitorio. Así se tendrá en cuenta que las formas farmacéuticas de jarabes, elixires y granulados solamente se encuentran amparadas en las especialidades correspondientes a los productos yoduros orgánicos, alcaloides totales de belladona, P.A.S. y salicil-cinconil y fenil-quinolin carbónico y sus asociaciones.

4<sup>a</sup> Consecuentemente con el periodo de caducidad de la receta, podrán, dispensarse durante los nueve primeros días del mes de enero de 1954 las recetas que hayan sido prescritas durante los nueve últimos días del mes de diciembre de 1953, de acuerdo con la caducidad de cada receta, aunque estas no se ajusten al petitorio.

5<sup>a</sup> En relación con las especialidades correspondientes a los productos: Estreptomicina, cloramfenicol-cloromicetina, aureomicina, terramicina, hidracida del ácido isonicotínico, bromuro de metantelina, cortisona y adreno-corticotropa hormona del lóbulo anterior de la hipófisis, la dispensación se verificará exclusivamente previa la presentación de la receta especial destinada a esa medicación (modelo número 3 o modelo número 4, cruzada con la inscripción «ANTIBIOTICOS») visada por el inspector de servicios sanitarios.

En estas recetas especiales se podrán prescribir varias unidades de envase de una especialización, siempre sujeta a la autorización de la inspección de servicios sanitarios.

Tanto si es del modelo número 3 como si es del modelo número 4, en el momento de su dispensación se entregará en la farmacia el original y copia de la receta.

6<sup>a</sup> Desde la mencionada fecha de 1<sup>o</sup> de enero de 1954, el seguro de enfermedad se hará cargo para su abono únicamente de las recetas de especialidades farmacéuticas que se ajusten a las presentes normas.

7<sup>a</sup> Si una entidad reclamase previo pago de su factura por entender que se han dispensado a su cargo medicamentos que ella estima no han de ser facilitados, esta reclamación será elevada a la comisión mixta central, que determinará con carácter general la procedencia o no de la mencionada dispensación.

Por Dios, España y su revolución nacional-sindicalista.

Madrid, 4 de diciembre de 1953. El jefe nacional: Daniel P. Sáenz de Miera»<sup>597</sup>.

Una vez implantado el *Petitorio*..., entre los días 15 al 24 de febrero de 1954, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos se reunió en sesión plenaria. En el curso de las deliberaciones se estudió muy detenidamente la situación de los farmacéuticos ante el Seguro Obligatorio de Enfermedad. Los farmacéuticos que

<sup>597</sup> Daniel P. SÁENZ DE MIERA. "Nuevo Petitorio de especialidades farmacéuticas del S. O. E." *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 103: 8-10. Madrid, 1953.

formaban parte de la comisión mixta central, que determina la base 22 del Convenio, informaron al Consejo que en dicha comisión se habían estudiado los puntos siguientes: medicamentos que se prescriben en fracción del envase original; medicamentos que han de prescribirse como envases clínicos; período de devolución de recetas anteriores a la entrada en vigor del nuevo Convenio y manera práctica de resolver este problema. Igualmente se estudiaron las condiciones que han de reunir las recetas para que les sean aplicables los descuentos que determina el nuevo Convenio.

También se informó al Pleno de la intensa labor que se había realizado para la modificación de la tarifa de fórmulas magistrales del seguro, y muy especialmente lo relacionado con la modificación de los honorarios profesionales, aunque las mejoras conseguidas eran muy discretas, se consideraron aceptables; la mayor preocupación la constituían los envases clínicos<sup>598</sup>.

Un mes después de la entrada en vigor del *Petitorio...*, el 24 de febrero de 1954, Francisco Franco recibió en audiencia a los representantes del Consejo General del Colegios Oficiales de Farmacéuticos, quienes le recordaron sus demandas:

«La implantación del SOE, no era labor fácil y sencilla adoptar los antiguos usos a esa nueva modalidad, los colegios de toda España se han esforzado sin embargo, por establecer la organización necesaria para que el Seguro se cumpliera con la máxima garantía de eficiencia y honestidad en su aspecto farmacéutico, labor esta erizada de dificultades económicas y de organización que los colegios han sabido vencer en la primera etapa de su implantación. Las nuevas disposiciones (ordenes del M<sup>o</sup> de la Gobernación de febrero del pasado año) que regulan también las nuevas condiciones económicas con que los farmacéuticos han de prestar el servicio al SOE han venido a plantear nuevas dificultades. Que este Consejo y los colegios de toda España esperan vencer con la ayuda y el espíritu de justicia de vuestro gobierno. Nosotros, aun con las lamentaciones lógicas y naturales de todos los sectores de la profesión por lo que a su economía afectaba, conscientes de nuestra responsabilidad y en virtud de lo legislado por el gobierno, intentamos, como lo conseguimos, llevar a la práctica la firma del nuevo convenio con el INP, en cumplimiento de lo dispuesto, afrontando todo género de dudas y críticas, poniéndolo seguidamente en marcha. Firmado este Convenio con el SOE, solicitamos de V.E., el 8 de julio de 1953 una audiencia, que hemos reiterado en petición de 12 de los corrientes, para en ella, suplicarle:

Nos atrevemos, con el mayor respeto, a insinuar que todos los quebrantos aludidos, no son fáciles de acoplar y creemos prácticamente imposibles de superar, pero consideramos mas penoso todavía el estado de intranquilidad y desasosiego en que esta situación de desequilibrio obliga a vivir a mas de 1300

<sup>598</sup> [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA], "Información del Consejo. Entre los días 15 al 24 de Febrero el Consejo General de Colegios Farmacéuticos se reunió en sesión plenaria. Los Sres. Consejeros celebraron un importante cambio de impresiones con el Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 104: 13-14. Madrid, 1954.

laboratorios, 400 entidades mayoristas y 8500 farmacéuticos con oficina de farmacia, muchos de los cuales, precisamente los mas modestos y repartidos por todo el ámbito nacional, podrían no tener la satisfacción que sus padres, en una gran parte, tuvieron de poder ver a sus hijos farmacéuticos»<sup>599</sup>.

En este mismo año de 1954 se constituyó el Consejo Nacional del Seguro Obligatorio de Enfermedad, con la asistencia del ministro Girón de Verasco; el 28 de junio, a las cuatro de la tarde, en el mismo día de su constitución, el Consejo celebró su primera reunión, presidida por su presidente delegado, Fernando Coca de la Piñera; entre otros asuntos a tratar, el orden del día contenía el *Petitorio...*, sobre el que se acordó la realización de un estudio detallado:

«Y el Consejo acuerda constituir una Ponencia que lleve a cabo un detenido estudio del asunto»<sup>600</sup>.

Una vez estudiado, en su reunión del 6 de diciembre de 1954, el Consejo Nacional del Seguro de Enfermedad aprobada la revisión del *Petitorio...*<sup>601</sup>, implantándose definitivamente este nuevo *Petitorio...* en octubre de 1955<sup>602</sup>; había transcurrido un año y nueve meses desde la implantación del primero.

El Consejo Nacional de Colegios Oficiales de Farmacéuticos emitió la Circular 200, el 27 de diciembre de 1954, destinada a todos los Colegios provinciales, en la que se incluía el literal de una comunicación recibida de la Inspección General de Farmacia, en relación con la revisión del *Petitorio...*:

«De la Inspección General de Farmacia de los Servicios Sanitarios del SOE se recibe la siguiente comunicación: “*Me es grato adjuntarle sesenta modelos de los ejemplares que han sido cursados a los distintos laboratorios, en relación con la revisión del petitorio del SOE, al objeto de que si lo estima oportuno remita un ejemplar a cada provincia*”. Lo que ponemos en conocimiento de ese Colegio acompañando adjunto un ejemplar de cada uno de los recibidos, según se indica en la carta transcrita, a fin de que, como todos los laboratorios los han recibido, por

---

<sup>599</sup> [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. “S.E. el Jefe del Estado recibe al Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España. La Audiencia se celebró en el Palacio de El Pardo al mediodía del 24 de febrero”. *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 104: 10-12. Madrid, 1954.

<sup>600</sup> [EDITORIAL. REVISTA DEL SEGURO DE ENFERMEDAD]. “El Consejo Nacional del Seguro Obligatorio de Enfermedad”. *Revista del Seguro de Enfermedad*, 2(4): 35-36. Madrid, 1954.

<sup>601</sup> [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. “Comunicación de la Jefatura Nacional del S. de Enfermedad sobre especialidades amparadas en el Petitorio”. *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 108: 10-11. Madrid, 1955.

<sup>602</sup> CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA. “Información del Consejo. Circular núm. 211. Año de 1955. Asunto: Aplicación nuevo Petitorio S. O. E.”. *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 115: 9-10. Madrid, 1955.

su parte, puedan ustedes cumplimentar las consultas que éstos les hicieran llegar»<sup>603</sup>.

Y, el 21 de diciembre de 1954, la Jefatura Nacional del Seguro de Enfermedad remitió una invitación a los laboratorios farmacéuticos para que presentaran, ante las dependencias del Seguro Obligatorio de Enfermedad, los medicamentos de su fabricación que deseaban que formaran parte del nuevo *Catálogo de especialidades farmacéuticas incluidas en el petitorio...*, el límite para su presentación en la Jefatura Nacional era del 1 de febrero de 1955:

«Aprobada la revisión del petitorio de especialidades farmacéuticas por el consejo general del seguro de enfermedad en fecha 6 de diciembre actual, y debiendo comenzar en fecha que oportunamente se indicará la aplicación del mismo, es deseo de esta jefatura, al igual que en enero próximo pasado, el clasificar y relacionar en un catálogo el nombre de las especialidades que, con arreglo a su composición, concentración y forma farmacéutica, se encuentran amparadas por el petitorio y dotar de un ejemplar a cada uno de los facultativos que intervienen en el seguro.

Suponiendo que al laboratorio que usted dirige le interesará que las especialidades farmacéuticas que prepara se encuentren incluidas en el petitorio, y figuren en el aludido catálogo, es por lo que le rogamos que, conforme al modelo de ficha que se adjunta, nos clasifique dichas especialidades:

Número de registro de la dirección general de sanidad

Composición completa y concentración

Forma farmacéutica

Envase y capacidad

Dicha documentación debidamente cumplimentada ha de obrar en esta jefatura nacional antes del 1º de febrero de 1955»<sup>604</sup>.

El 5 de marzo de 1955 la Jefatura Nacional del Seguro se dirigió al Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, quien emitió la Circular número 207, de fecha 12 de marzo de 1955, para que todos los Colegios conocieran que estaba en trámite la determinación de las especialidades del *Petitorio...*:

«Por la jefatura nacional del seguro de enfermedad se ha dirigido a este Consejo el siguiente oficio:

*“Para su conocimiento, me complazco en remitir a usted cinco ejemplares de la orden comunicada dictada por el ministro de trabajo en fecha 2 del mes en curso, sobre el petitorio de especialidades farmacéuticas del seguro de enfermedad. Dios guarde a usted muchos años. Madrid 5 de marzo de 1955”.*

<sup>603</sup> CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA. “Información del Consejo. Circular núm. 201. Año 1955. Asunto: Dispensación de recetas a Oraco”. *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 108: 5-7. Madrid, 1955.

<sup>604</sup> [JEFATURA NACIONAL DEL SEGURO DE ENFERMEDAD]. “Comunicación de la Jefatura Nacional de S. de Enfermedad sobre especialidades amparadas en el Petitorio”. *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 108: 10-11. Madrid, 1955.

Copia de la orden comunicada que se cita: “*Ministerio de Trabajo. Dirección general de Previsión. Jefatura nacional del seguro de enfermedad – con fecha de hoy, el ministro de trabajo ha dictado la siguiente orden comunicada “ el petitorio de especialidades farmacéuticas del SOE implantado con fecha 1º de enero de 1954 y posteriormente revisado por el consejo nacional del citado seguro en 6 de diciembre del mismo año, plantea problemas de interpretación en algunos grupos medicamentosos en él reseñados y que es preciso considerar conforme el criterio que sirvió de base para su elección, pues de no ser así se desnaturalizaría aquél, además de no lograrse la eficacia que con su aplicación se persigue. Al objeto de aclarar dichos problemas debidamente, este ministerio se ha servido disponer: art 1º queda facultada la dirección general de previsión para que la clasificación de especialidades farmacéuticas que puedan ser o no incluidas en los distintos grupos del petitorio pueda interpretar que la asociación de otros productos que lleven dichas especialidades sea precisamente la que convenga o no a la acción terapéutica prevista al redactarse el petitorio en vigor. Art 2º se faculta a la dirección general de previsión para que pueda acordar las normas que exija la ejecución de lo ordenado 3º se derogan los preceptos que se opongan a lo dispuesto 2 de marzo de 1955”*”.

Lo que trasladamos a ese colegio a los oportunos efectos 12 de marzo de 1955»<sup>605</sup>.

El editorial de la *Revista del Seguro de Enfermedad*, de junio de 1955, se dedicó a defender el *Petitorio*... y su revisión con una argumentación muy generalista, incluso indicando que el *Petitorio*... pretendía facilitar al médico la labor de elección del medicamento ante la «superabundancia de especialidades». Hay que destacar que el editorial ‘culpaba’ de la restricción de la libertad de prescripción, imponiendo un *Petitorio*..., a la falta de una ordenación comercial rigurosa de los medicamentos, cuando entendía que sí existía una ordenación sanitaria rigurosa:

«Y se implantó definitivamente en 1º de enero de 1954. Existe ya una experiencia de las ventajas e inconvenientes de su utilización, y se han recogido opiniones y sugerencias que han sido expuestas, primero antes del periodo de su implantación y luego en lo que la práctica ha ido señalando en toda esta etapa de su vigencia.

Por eso ha parecido conveniente una revisión y actualización del *Petitorio* que recoja todo lo que hemos apuntado. Y, en efecto, ha sido aprobada su revisión por el Consejo Nacional del Seguro de Enfermedad en sesión de 6 de diciembre de 1954 (...)

Era mucho más cómodo para los médicos, y para el propio Seguro, que no hubiese necesidad de encasillar las especialidades farmacéuticas en ninguna clase de *Petitorio*; y no habría tal necesidad si existiese una ordenación rigurosa de las mismas comercialmente, como existe sanitariamente; eso sin aludir a la

---

<sup>605</sup> CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA. “Información del Consejo. Circular nº 207. Año de 1955. Asunto: Seguro de Enfermedad. Determinación de Especialidades del *Petitorio*”. *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 110: 7. Madrid, 1955.



superabundancia de especialidades, que es muchas veces origen de desconcierto a la hora de recetar»<sup>606</sup>.

El mismo editorial, teniendo en cuenta las posibles críticas sobre intereses distintos de los asistenciales, afirmaba de forma tajante

«No hay otros legítimos intereses sino los de una eficaz asistencia, una completa prestación y una aplicación de las primas en beneficio exclusivo de los asegurados»<sup>607</sup>.

Por último, el mencionado editorial, insistía en que el *Petitorio...* revisado recogería «todo lo que es valioso en el terreno científico» para «resolver todas las necesidades terapéuticas actuales», o lo que es lo mismo, los medicamentos no contenidas en el nuevo *Petitorio...* carecerían de validez científica para resolver las necesidades terapéuticas del momento. Por consiguiente, si el *Petitorio...* contenía todo lo necesario para la asistencia que el Seguro consideraba adecuada, ningún médico debería pensar que se trataba de mermar su libertad profesional por intereses distintos a los estrictamente asistenciales, que beneficiasen a sectores ajenos a los asegurados; en base a esto, la dirección del Seguro afirmaba:

«Queremos únicamente agregar que el deseo del Seguro de Enfermedad es que sus médicos sientan garantizada su libertad profesional a la hora de prescribir al enfermo al tratamiento adecuado y preciso. De eso se trata: de que la asistencia sea la adecuada; de que el asegurado tenga para su curación todo cuanto necesite, pero también únicamente aquello que en conciencia necesite. Ni mas, ni menos»<sup>608</sup>.

Además, el editorial indicaba que estaba a punto de terminarse el trabajo de revisión, por lo que la fecha de su entrada en vigor sería en breve, una vez que el Consejo Nacional del Seguro de Enfermedad lo entregase: y avanzaba algunos detalles de esa revisión:

«Al nuevo *Petitorio* revisado se llevarán nuevos grupos y se discriminarán otros. Se incluirán grupos tales como: Fermentos pancreáticos; Triexifenidil y similares, protectores de la célula hepática-Metionina, Colina e Inositol.

Se incluirán también el Pirofosfato de aneurina, Cloruro amónico, T.B.1, Trimetadiona, Dinitilo succínico; los preparados para contraste cromocitoscópicos, los derivados nitrofuránicos, etc., etc.

<sup>606</sup> [EDITORIAL. REVISTA DEL SEGURO DE ENFERMEDAD]. «Los específicos y la farmacia». *Revista del Seguro de Enfermedad*, 3(17/18): 2-4. Madrid, 1955 (cf. págs. 2-3).

<sup>607</sup> [EDITORIAL. REVISTA DEL SEGURO DE ENFERMEDAD]. «Los específicos y la farmacia». *Revista del Seguro de Enfermedad*, 3(17/18): 2-4. Madrid, 1955 (cf. págs. 2-3).

<sup>608</sup> [EDITORIAL. REVISTA DEL SEGURO DE ENFERMEDAD]. «Los específicos y la farmacia». *Revista del Seguro de Enfermedad*, 3(17/18): 2-4. Madrid, 1955 (cf. págs. 2-3).

También se han ampliado algunas formas farmacéuticas dentro de ciertos grupos, tales como la forma inyectable para la Aureomicina y Terramicina, los comprimidos para mercurio y mercuriales, Luminal, etc.

Algunos grupos que figuraban con la indicación terapéutica se han discriminado en los productos que tienen aquella acción. Se han especificado, además, las asociaciones que se permiten en ciertos grupos; mientras que en otros, tales como los antihistamínicos, se ha eliminado alguna forma farmacéutica y se han limitado también sus asociaciones.

En una palabra, se ha recogido todo lo que es valioso en el terreno científico, dando al Petitorio la máxima agilidad y extensión para hacerlo cómodo y capaz de resolver todas las terapéuticas actuales»<sup>609</sup>.

El 21 de junio de 1955 se publicó un anuncio del Seguro de Enfermedad, destinado a los laboratorios farmacéuticos, invitándoles a asistir a la sede de la Jefatura Nacional del Seguro Obligatorio de Enfermedad, para que pudieran informarse de los medicamentos admitidos en el *Catálogo...* y, a la vez, se les daba una nueva oportunidad de solicitar la inclusión de nuevos productos «que hubiese sido registrada con posterioridad a las presentadas»:

«La Jefatura Nacional del Seguro de Enfermedad, de la Dirección General de Previsión (Ministerio de Trabajo) comunica que, verificada la clasificación de especialidades farmacéuticas correspondientes al Petitorio revisado del Seguro de Enfermedad, los laboratorios de productos farmacéuticos pueden acudir, mediante persona que les represente, a la Jefatura Nacional del Seguro de Enfermedad, Marqués de Urquijo, 47, planta 5<sup>a</sup>, en horas de 12 a 1, para recibir la información que precisen o solicitar el que se clasifique alguna nueva especialidad que hubiese sido registrada con posterioridad a las presentadas, ya que en principio se tiene fijada la implantación del mencionado petitorio revisado para fecha 1<sup>o</sup> de octubre del corriente año»<sup>610</sup>.

En la *Revista del Seguro de Enfermedad* aparecida en julio de 1955 se recogió un artículo del médico Alejandro Gasca<sup>611</sup>, donde defendía el *Petitorio...* para reducir el gasto en medicamentos y, además, proponía gravar las recetas con un tanto por ciento a cargo del beneficiario, incrementar el control sobre las recetas expedidas por los médicos de medicina general y aumentar la prescripción de fórmulas magistrales, aunque con argumentos particulares y sin aportar estudios objetivos que los justificaran:

---

<sup>609</sup> [EDITORIAL. REVISTA DEL SEGURO DE ENFERMEDAD]. “Los específicos y la farmacia”. *Revista del Seguro de Enfermedad*, 3(17/18): 2-4. Madrid, 1955 (cf. págs. 3-4).

<sup>610</sup> *La Vanguardia Española*, 21-VI-1955 (cf. pág. 1).

<sup>611</sup> La *Revista del Seguro de Enfermedad* avanzó la noticia de que, al final de 1955, estaría en pleno funcionamiento la Residencia sanitaria de Zaragoza ‘José Antonio’; posteriormente, Alejandro Gasca sería nombrado director de esta Residencia. ([EDITORIAL. REVISTA DEL SEGURO DE ENFERMEDAD]. “Noticiario. Nuevo Ambulatorio en Zaragoza”. *Revista del Seguro de Enfermedad*, 3(16): 45-46. Madrid, 1955).

«Después de año y medio aproximadamente de aplicación de las normas dadas por la Jefatura Nacional, en relación del Petitorio, vamos a hacer un breve comentario sobre la experiencia adquirida.

La modificación establecida en las prestaciones tuvo sus naturales repercusiones: por una parte, al no estar incluidos en el Petitorio algunos jarabes, reconstituyentes y vitaminas que creían necesarios, se produjo cierto desconcierto entre los clientes asiduos a los consultorios del SOE, al verse privados de lo que diariamente constituía su "alimento de lujo" (...)

En general, no se ha observado ninguna anomalía sobre el uso indebido de los antibióticos, comprobando en todos los casos su uso normal.

Además de limitar la prescripción del resto de los preparados farmacéuticos, sería necesario gravar un tanto por ciento por cada receta con cargo al beneficiario. Se dirá que este proceder es poco social, que no se debe gravar la economía del enfermo, de por sí agravada como consecuencia de la enfermedad; todo ello es cierto y no faltará quien defienda estos postulados, pero debemos vivir de realidades y no de ideales (...).

La defensa del beneficiario para resarcirse del tanto por ciento impuesto a cada receta sería que el médico le prescribiera dos, pero ello podríamos evitarlo ejerciendo un buen control a través de las copias y visitando los consultorios con asiduidad, porque, a nuestro juicio, la verdadera inspección no se ejerce desde un despacho. (...)

Respecto a las fórmulas magistrales, hoy día están olvidadas, su preparación, en determinados casos no ofrece dificultades, y su garantía terapéutica se puede equiparar a la que puede suministrar cualquier laboratorio (...). La fórmula magistral, comprobando su bondad terapéutica, tendría cierta repercusión en los gastos de farmacia»<sup>612</sup>.

Una opinión similar fue expuesta por el médico José López-Tápper en la *Revista del Seguro de Enfermedad* publicada en febrero de 1956, donde afirmaba que la implantación del *Petitorio*... estaba justificada por el abuso de medicamentos por los beneficiarios «en especial calcios, tónicos, vitaminas, etc., panaceas que para muchos de ellos habían estado vedadas por sus elevados precios, y que algunos pretendían suplir de esta manera los racionamientos que entonces sufríamos». Por ello, determinados medicamentos debían suprimirse de la financiación del Seguro para contar con los recursos necesarios para prescribir los nuevos antibióticos.

Al comienzo del año 1961 se publicó, en la prensa, una propuesta de libertad de prescripción de medicamentos con la participación de los beneficiarios en su costo:

«En las últimas sesiones celebradas por las comisiones provinciales del seguro de enfermedad, se ha formulado una propuesta para la supresión del petitorio de prestaciones farmacéuticas y libertad de prescripción de medicamentos

---

<sup>612</sup> Alejandro GASCA. "Comentarios sobre las prestaciones farmacéuticas". *Revista del Seguro de Enfermedad*, 3(16): 9-11. Madrid, 1955.

dentro del seguro obligatorio de enfermedad, con participación del asegurado en su costo»<sup>613</sup>.

En enero de 1967 dejó de estar vigente el *Petitorio*.... El 23 de diciembre de 1966 se publicó el Decreto 3157/1966 (BOE, 30-XII-1966), por el que se regulaba la dispensación de 'especialidades farmacéuticas' en el Régimen general de la seguridad social; en su artículo segundo dos se estableció que quedaban suprimidos el *Petitorio*... y el *Catálogo de especialidades farmacéuticas incluidas en el petitorio*... y, en su artículo tercero uno, se especificó la participación de los beneficiarios en el pago del precio de los medicamentos. Previamente, la Ley de seguridad social de veintiuno de abril de mil novecientos sesenta y seis (BOE, 22-IV-1966), después de establecer en su artículo ciento seis la libertad de prescripción en materia farmacéutica, previó, en el número uno del artículo ciento siete, aquellos casos en que los beneficiarios habrían de participar en el pago del precio de los medicamentos.

---

<sup>613</sup> ABC, 26-V-1953 (cf. pág. 11).



## CAPÍTULO 6

### **La industria farmacéutica en la España franquista (1936-1957): la comercialización de las penicilinas y su inclusión en el *Catálogo de especialidades farmacéuticas...* (1954)**

La aprobación de los primeros *Petitorio...* del Seguro repercutieron directamente en la industria farmacéutica española, nos ocuparemos ahora de describir la evolución de esta industria y su regulación normativa, desde el año 1937 hasta el año 1951, fecha de aprobación del primer *Petitorio...* -aunque su implantación se retrasó al día primero del año 1954-, para extender este análisis hasta el año 1957, después de que transcurrieran unos años desde la revisión del primer *Petitorio...*, vigente desde octubre de 1955, incluyendo ya los medicamentos de fabricación industrial con nombres comerciales.

La fecha de aprobación del primer *Petitorio...*, el año de 1951, coincide con un cambio en las tendencias del Gobierno de Francisco Franco; hasta esa fecha predominaron en él los ministros representantes de las distintas familias del Régimen, falangistas y militares, y en el año 1951 empezaron a tomar posiciones autónomas, como grupo diferenciado de Falange, los reformistas pertenecientes a la Asociación Católica Nacional de Propagandistas (ACNP). En el año de 1957, final de nuestro período de estudio, se produjo otro importante cambio de Gobierno: los falangistas y propagandistas católicos perdieron posiciones a favor de los tecnócratas del *Opus Dei*, con ellos se inicia una evolución positiva, aunque tardía, de la economía española.

Dado que el mayor gasto de la prestación farmacéutica tenía su origen en la prescripción de antibióticos, concluiremos nuestro estudio con un análisis de la influencia que tuvo el *Petitorio...* en el desarrollo de esta industria, en concreto, en la fabricación de las penicilinas, realizando una valoración del modo en que las prestaciones incluidas en el seguro obligatorio de enfermedad, a través del *Petitorio...*, pudieron actuar de nivelador del mercado, mediante el control de precios.

### 6.1. La industria en la España franquista (1936-1957): el sector farmacéutico

Al implantarse el seguro obligatorio de enfermedad se determinó que, inicialmente, las prestaciones que debían otorgarse eran: medicina general, farmacia e indemnización por enfermedad; la prima que se fijó para cubrirlas, incluyendo la inspección, fue la del 5,013% del importe de los salarios, distribuida de la forma siguiente: medicina general (1%), farmacia (2,01%), indemnización (1,88%) e inspección (0,123%)<sup>614</sup>.

El mayor porcentaje se asignaba a los ingresos afectados a gastos en farmacia, una cantidad aún mayor que la destinada a indemnizar la enfermedad; esta asignación porcentual preveía que la prestación farmacéutica del seguro tendría una repercusión importantísima en la industria farmacéutica y, por extensión, en la economía nacional.

Una vez terminada la guerra española, el Franquismo puso en marcha un sistema de nacionalismo económico y autarquía, un sistema intervencionista y de aislamiento al pensar que España era un país rico en recursos naturales, capaz de fabricar todo lo necesario y, por ello, no se precisaba la importación de productos. Aunque, no hay que olvidar que España cooperaba con países de regímenes afines, Alemania e Italia.

En la primera etapa del Gobierno del general Franco, al frente del Ministerio de Exteriores se encontraba Ramón Serrano Súñer, defensor de la cooperación con Alemania e Italia, que se mantuvo hasta la derrota del fascismo en la segunda guerra mundial; España se unió al pacto anti-Komintern que, en un principio, fue suscrito por Alemania y Japón para aislar al comunismo ruso.

Al ser vencidos los ejércitos de Alemania e Italia por los países de las democracias liberales, España se vio marginada en la esfera internacional; así lo resume Julio Crespo MacLennan:

«El régimen de Franco en su fase inicial era ante todo antieuropeísta e identificado con el pensamiento conservador español (...), se definió además por su política exterior de amistad y cooperación con las potencias del Eje, la Alemania nazi y la Italia fascista. (...) a medida que se hacía mas improbable la victoria del Eje, España comenzó a eludir el apoyo a los aliados de antaño (...) y el gobierno retornó a la neutralidad el 1 de octubre de 1943, (...). Pero esta aparente neutralidad no bastó para disimular las afinidades entre el régimen de Franco y el fascismo. Cuando la guerra terminó y Hitler y Mussolini fueron derrotados, Franco se encontró solo y a merced de las victoriosas democracias liberales. (...) una vez

---

<sup>614</sup> En el año 1947 la prima se incrementó hasta el 6,25% y, en el año 1948, subió hasta el 8%.

mas, en su historia, España iba a dejar de estar en armonía con el resto de Europa, lo que provocó su asilamiento y marginación»<sup>615</sup>.

A partir de 1945 España se encontró aislada política y económicamente, Francia cerró la frontera con España al tráfico comercial el 26 de febrero de 1946, mientras la prensa española defendía la actuación del Régimen franquista, culpando del aislamiento al 'comunismo internacional' e intentando ridiculizar al Gobierno francés; ésta es la línea mantenida por un editorial de *La Vanguardia Española*, publicado el 28 de febrero de éste 1946:

«Esta noche en los suburbios de París los comunistas van a dormir al fin felices. Bajo la presión de las organizaciones revolucionarias que actualmente rigen la política interior y exterior de Francia, el gobierno ha decidido cerrar la frontera de los pirineos al tráfico comercial»<sup>616</sup>.

El Régimen franquista fue condenado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 12 de diciembre de 1946 y los embajadores extranjeros abandonaron nuestro país, quedando éste bloqueado diplomáticamente; en consecuencia, esta situación repercutió de forma directa en la economía nacional. El Régimen se encargó de divulgar que este aislamiento no era debido a su política sino que era provocado por una conspiración 'judeo-masónica' y comunista. Poco tiempo después este bloqueo sería interrumpido por general Juan Domingo Perón, Presidente de Argentina entre 1946 y 1948, simpatizante del fascismo, como pone de manifiesto su política de acogimiento a nazis huidos de Alemania tras su derrota.

En 1951 EE.UU. restituyó a su embajador en España. Ese año la prensa anunciaba que España había sido 'agraciada' por Norteamérica con una participación en los 500 millones de dólares aprobados por el Senado norteamericano para la ayuda a los países que no formaban parte del Plan Marshall<sup>617</sup>. No obstante, el bloqueo general al Régimen de Franco continuó: España no había sido incluida en el Plan Marshall (1947), tampoco fue aceptada en la OTAN (1949) ni en la CEE (1957).

Fue en 1953 cuando se avanzó de forma clara contra el aislamiento; en este año se firmó un pacto histórico hispano-norteamericano que comprendía tres acuerdos: uno sobre construcción y uso de bases militares en España por los Estados Unidos (Torrejón,

---

<sup>615</sup> Julio CRESPO MACLENNAN, *España en Europa, 1945-2000, del ostracismo a la modernidad*. Madrid: Marcial Pons, 2004 (cf. págs. 24-26).

<sup>616</sup> *La Vanguardia Española*, 28-II-1946 (cf. pág. 7).

<sup>617</sup> *La Vanguardia Española*, 26-VIII-1951 (cf. pág. 8).



Zaragoza, Morón y Rota); otro, sobre asistencia económica y, un tercero, sobre asistencia militar. El acuerdo sobre asistencia económica incluía la aportación de 226 millones de dólares, aunque una parte debía compensarse por España<sup>618</sup>. En ese mismo año de 1953 se firmó el concordato con la Santa Sede que consagraba la confesionalidad del Estado; poco después, España fue aceptada en la UNESCO y, en 1955, se le admitió en la ONU.

En la primera etapa del Gobierno franquista, desde 1938 hasta 1951, destacaron los ministros representantes de las distintas ‘familias’ del Régimen franquista, sobre todo falangistas y militares, aunque también había católicos pertenecientes a la ACNP (Asociación Católica Nacional de Propagandistas). A partir del Gobierno de julio de 1945 aumentó el poder político de los católicos en el Gobierno, comenzando así la etapa denominada ‘nacional catolicismo’, con el nombramiento, como Ministro de Exteriores, de Alberto Martínez Artajo, miembro de la ACNP, considerado ‘no fascista’; se consigue con ello que el Régimen sea ‘mejor visto’ en la Europa católica. A los falangistas se les reservó el Ministerio de Trabajo y el control del Sindicato.

En esta primera etapa se intentó priorizar la producción española, el Régimen controlaba el comercio exterior a través del Ministerio de Industria y Comercio y del Instituto Español de Moneda Extranjera. Este sistema proteccionista se materializó con la aprobación, en 1939, de dos leyes básicas, la Ley de protección de la industria nacional, y la Ley de ordenación y defensa de la industria nacional. Dos años más tarde, en 1941, se creará del Instituto Nacional de Industria (INI)<sup>619</sup>.

Pero, como indica Leonardo Caruana, en pocos años se demostró el fracaso de este capitalismo autárquico. España, en contra de lo que se creía, no tenía suficientes recursos naturales ni suficiente desarrollo industrial para intentar una autarquía, lo que provocó escasez, productos caros y un importante mercado negro:

«España necesitaba materia primas, alimentos y bienes de equipo. La voluntad política de reducir las importaciones hizo que se generaran producciones autóctonas a un coste sensiblemente superior al que podrían obtener en el mercado mundial (...). Esta equivocada política, aplicada sobre un país ya pobre en comparación con los de su entorno, tuvo efectos demoledores, pues no se alcanzaron los objetivos trazados ni en industria o servicios, pero tampoco en agricultura. El intervencionismo, la regulación, el control asfixiante de la actividad económica impidieron el progreso y dieron paso a un boyante mercado negro. En

<sup>618</sup> *La Vanguardia Española*, 27-IX-1953 (cf. pág. 7).

<sup>619</sup> Elena SAN ROMÁN LÓPEZ. *Ejército e Industria: El nacimiento del INI*. Barcelona: Crítica, 1999.

definitiva, el olvido de las reglas del mercado, tanto en el interno como en el externo, impidió el anhelado progreso económico tras la guerra civil»<sup>620</sup>.

En opinión de Ángel Viñas, «España no recuperó el nivel de exportaciones de antes de la guerra hasta 1950»<sup>621</sup>, dos años mas tarde, en 1952, desaparece la cartilla de racionamiento y comienza a controlarse el mercado negro de medicamentos y otros productos básicos. La recuperación de exportaciones no se produjo hasta el año 1953,

La tabla XVIII recoge las importaciones y exportaciones españolas, desde 1935 hasta 1953; de ellas se deduce lo siguiente:

- Es en 1953 cuando las exportaciones españolas superan los valores de 1935: en 1935 alcanzaron 6.363.971,50 toneladas y, en 1953, 8.381.735 toneladas. Desde 1940 hasta 1945 no superaron los tres millones de toneladas, siendo el máximo porcentaje, respecto a las de 1935, el 44,50%. Desde 1946 hasta 1950 no superaron los cuatro millones de toneladas, el porcentaje máximo, respecto a las de 1935, es el 62,80%. Es en 1953 cuando las exportaciones superan a las de 1935, con un 131,71%. Aunque la segunda guerra mundial favoreció las exportaciones de España al resto de Europa, estas fueron muy bajas, con un porcentaje medio del 37% durante ese periodo.

- En cuanto a las importaciones, en 1935 alcanzaron una cifra de 5.075.986,40 toneladas; cifra que, hasta 1952, no se superó, con la cantidad de 5.276.860 toneladas. Durante el periodo comprendido entre 1940 y 1948 las importaciones se mantuvieron en cifras anuales muy similares, la mayoría de los años con porcentajes inferiores al 50% respecto a 1935. Hasta 1952 no se supera la cifra de importaciones efectuadas en 1935, aunque con un margen muy reducido, el 103,96%.

- En 1935 la diferencia entre exportaciones e importaciones tenía un saldo positivo de 1.287.985,10 toneladas. Esta diferencia no se aproximó hasta el año 1952, en que se supera con 1.496.534 toneladas, para descender en los dos años posteriores, incluso de forma drástica en 1953 con una diferencia de 175.584 toneladas.

En resumen, la política de aislamiento del régimen antidemocrático y la defensa de un Estado autárquico, durante el periodo de 1939 a 1951, provocaron un retroceso importantísimo de la economía española respecto a la situación existente antes de la guerra. El comercio exterior quedó reducido de un 12,7% del producto interior bruto en

<sup>620</sup> Leonardo CARUANA. "El primer franquismo (1939-1949): la posguerra interminable". En: Agustín González Enciso, Juan Manuel Matés Barco (coords.). *Historia Económica de España*: 687-705. Barcelona: Ariel, 2007 (cf. págs. 703-705).

<sup>621</sup> Ángel VIÑAS. *Política comercial exterior en España (1931-1975)*. Madrid: Banco Exterior de España. Servicio de Estudios Económicos, 1979 (cf. pág. 489).

1935 a tan solo un 5,65% de promedio entre 1940 a 1945; el promedio se eleva a un 6,5% entre 1946 y 1950<sup>622</sup>.

Tabla XVIII.1. Exportaciones españolas [1935-1953] y diferencial porcentual de cada año frente a 1935		
Año	Exportaciones	Diferencia porcentual exportaciones / año 1935
1935	6.363.971,50	100,00%
1940	2.844.773,50	44,70%
1941	2.224.025,10	34,95%
1942	2.307.319,70	36,26%
1943	2.217.924,00	34,85%
1944	2.369.867,00	37,24%
1945	2.398.928,00	37,70%
1946	3.193.273,00	50,18%
1947	3.370.412,00	52,96%
1948	3.665.733,00	57,60%
1949	3.942.214,00	61,95%
1950	3.996.392,00	62,80%
1951	5.848.664,00	91,90%
1952	6.342.157,00	99,66%
1953	8.381.735,00	131,71%

Fuente: SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA. *Pequeño anuario estadístico de España. Año I. 1936*. Madrid: Talleres tipográficos Plutarco, 1936; DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XX. 1943*. Madrid: [Ministerio de Trabajo], 1944; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXI. 1944-1945*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1946; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXII. 1946-1947*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1948. 2 vols.; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXIII. 1948*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1949; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXIV. 1949*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1950; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXV. 1950*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1951; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXVI. 1951*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1952; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXVII. 1952*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1953; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXVIII. 1953*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1954; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXIX. 1954*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1955. [Consultados en [www.ine.es/inebaseweb](http://www.ine.es/inebaseweb)].

<sup>622</sup> Leonardo CARUANA. "El primer franquismo (1939-1949): la posguerra interminable". En: Agustín González Enciso, Juan Manuel Matés Barco (coords.). *Historia Económica de España: 687-705*. Barcelona: Ariel, 2007 (cf. pág. 704).

Tabla XVIII.2. Importaciones españolas [1935-1953] y diferencial porcentual de cada año frente a 1935		
Año	Importaciones	Diferencia porcentual importaciones / año 1935
1935	5.075.986,40	100,00%
1940	2.979.759,50	58,70%
1941	2.571.850,10	50,67%
1942	1.999.348,60	39,39%
1943	2.165.788,50	42,67%
1944	2.096.653,00	41,31%
1945	2.137.902,00	42,12%
1946	2.447.700,00	48,22%
1947	2.769.937,00	54,57%
1948	3.470.556,00	68,37%
1949	4.459.373,00	87,85%
1950	4.599.902,00	90,62%
1951	4.352.127,00	85,74%
1952	5.276.860,00	103,96%
1953	8.206.151,00	161,67%

Fuente: SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA. *Pequeño anuario estadístico de España. Año I. 1936*. Madrid: Talleres tipográficos Plutarco, 1936; DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XX. 1943*. Madrid: [Ministerio de Trabajo], 1944; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXI. 1944-1945*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1946; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXII. 1946-1947*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1948. 2 vols.; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXIII. 1948*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1949; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXIV. 1949*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1950; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXV. 1950*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1951; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXVI. 1951*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1952; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXVII. 1952*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1953; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXVIII. 1953*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1954; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXIX. 1954*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1955. [Consultados en [www.ine.es/inebaseweb](http://www.ine.es/inebaseweb)].

Tabla XVIII.3. Balance exportaciones/importaciones españolas [1935-1953] y diferencial porcentual de cada año frente a 1935		
Año	Balance exportaciones / importaciones	Diferencia porcentual del balance / año 1935
1935	1.287.985,10	100,00%
1940	-134.986,00	-10,48%
1941	-347.825,00	-27,01%
1942	307.971,10	23,91%
1943	52.135,50	4,05%
1944	273.214,00	21,21%
1945	261.026,00	20,27%
1946	745.573,00	57,89%
1947	600.475,00	46,62%
1948	195.177,00	15,15%
1949	-517.159,00	-40,15%
1950	-603.510,00	-46,86%
1951	1.496.537,00	116,19%
1952	1.065.297,00	82,71%
1953	175.584,00	13,63%

Fuente: SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA. *Pequeño anuario estadístico de España. Año I. 1936*. Madrid: Talleres tipográficos Plutarco, 1936; DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XX. 1943*. Madrid: [Ministerio de Trabajo], 1944; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXI. 1944-1945*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1946; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXII. 1946-1947*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1948. 2 vols.; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXIII. 1948*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1949; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXIV. 1949*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1950; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXV. 1950*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1951; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXVI. 1951*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1952; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXVII. 1952*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1953; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXVIII. 1953*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1954; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXIX. 1954*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1955. [Consultados en [www.ine.es/inebaseweb](http://www.ine.es/inebaseweb)].

Algunos autores, como Julio Crespo, defienden que el aislamiento económico de España no fue tan drástico como se ha difundido, pues la segunda guerra mundial y la consiguiente posguerra influyeron en el aumento de las relaciones comerciales con Europa:

«Sin embargo, la marginación española de la economía europea es muy relativa. La idea preconcebida de que España vivía completamente fuera del ámbito económico europeo durante los años de la autarquía no se corresponde con la realidad, según revelan los balances económicos. Las investigaciones más recientes sobre el periodo han probado que la política y la economía a menudo seguían direcciones opuestas y, a pesar del bloqueo político, las relaciones comerciales con España no fueron interrumpidas en ningún momento.

Ningún país de Europa occidental rechazó comerciar con España tras la guerra civil, y desde 1945 España negoció acuerdos comerciales con varios países europeos, la mayoría de los cuales estarían mas tarde involucrados en el Plan Marshall (...), en la Europa de la posguerra había mucha escasez de alimentos y materias primas, y España constituía un importante mercado para estos productos, por lo que el régimen pronto aprendió a sacar partido a estas ventajas»<sup>623</sup>.

Por lo que se puede deducir que si la autarquía hubiera sido completa, tal como defendía el Régimen, el retroceso económico hubiera sido mayor.

La política autárquica planteada tenía dos objetivos que la caracterizaron, Bienvenido Ortega Aguaza y J. Anibal Núñez Carrasco, los resumen en las siguientes palabras:

«En primer lugar, el alcanzar una industrialización acelerada de la economía a cualquier precio. En segundo lugar, se debía conseguir el abastecimiento, de forma que el conjunto de las necesidades y servicios de los ciudadanos dependiesen exclusivamente de la producción nacional. La política de sustitución de importaciones servía en este sentido al doble objetivo de estimular la actividad interna reservando el mercado doméstico a las industrias nacionales y ahorrar divisas que evitasen cualquier desequilibrio de balanza de pagos (...). La forma y extensión que adoptó la intervención gubernamental es difícil de acotar. Sin embargo, se pueden apuntar dos formas de intervención. Una *indirecta*, consistente en el establecimiento de una extensa regulación de los mercados y de la actividad industrial privada. Otra *directa*, mediante la creación de un holding público de empresas que centrasen su actividad en aquellos sectores considerados prioritarios para la industrialización y la autarquía»<sup>624</sup>.

---

<sup>623</sup> Julio CRESPO MACLENNAN. *España en Europa, 1945-2000, del ostracismo a la modernidad*. Madrid: Marcial Pons, 2004 (cf. pág. 34).

<sup>624</sup> Bienvenido ORTEGA AGUAZA, J. Anibal NÚÑEZ CARRASCO. "El proceso de crecimiento de la economía española (I): Los cambios que introduce el Decreto-ley de ordenación económica de 21 de julio de 1959". En: Elvira Martínez Chacón (coord.). *Economía española: 57-82*. Barcelona: Ariel, 2002 (cf. págs. 60-61).

Para conseguir el abastecimiento del mercado interior a través de productos obtenidos de industrias nacionales, la normativa debía favorecer tanto la creación de estas industrias, como la obtención de licencias de productos extranjeros para su fabricación en España; por lo que las primeras leyes que el Gobierno franquista aprobó para la protección de la industria nacional fueron, la Ley de 24 de octubre de 1939 (*BOE*, 25-X-1939) de protección a las nuevas industrias de interés nacional y la Ley de 24 de noviembre de 1939 (*BOE*, 15-XII-1939) sobre ordenación y defensa de la industria.

En los últimos años del Gobierno de la República se había iniciado una política de protección de la industria nacional, en concreto con la publicación del proyecto de Ley de 11 de julio de 1935 (*Gaceta de Madrid*, 16-VII-1935) y del Decreto de 28 de abril de 1936 (*Gaceta de Madrid*, 30-IV-1936) por el que se autorizaba al Ministerio de Industria y Consumo a presentar a las Cortes un proyecto de Ley de protección a la industria nacional de productos nitrogenados sintéticos. Estos proyectos tenían como objetivos nivelar la balanza de pagos y abastecer el mercado de materias primordiales para la subsistencia de la Nación y defensa a través de la industria nacional. Los proyectos republicanos tenían como objetivo último el de coadyuvar a la atenuación del paro obrero, regulando un permiso específico para la importación de productos, mientras que se justificara la adquisición de otras cantidades de productos españoles, siempre que hubiera posibilidad de adquirir productos de producción nacional.

La Ley de octubre de 1939, de protección a las nuevas industrias de interés nacional, pretendía estimular la implantación de industrias de acusado interés nacional, concediéndoles garantías y beneficios para asegurar su normal desenvolvimiento. Sin embargo, según Antonio Gómez Mendoza, la regulación fue tan elevada que se convirtió en una rémora para la actividad industrial, provocando estancamiento económico:

«El Estado se reservó la misión de regular e intervenir toda la actividad industrial. Amén de proteger el mercado interior de la competencia internacional, se tejió un gigantesco corsé ortopédico que abarcó a todos los ámbitos de la producción y distribución»<sup>625</sup>.

Esta Ley establecía que podrían declararse «de interés nacional» las industrias que fuera necesario instalar en España, cuando la economía nacional lo aconsejase y, con este objeto, se determinaban una serie de beneficios garantizados durante quince

---

<sup>625</sup> Antonio GÓMEZ MENDOZA. *De Mitos y Milagros. El Instituto Nacional de Autarquía 1941-1963*. Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona, 2000 (cf. pág. 18).

años, con objeto de estimular la iniciativa particular, aunque se podrían prorrogar, por periodos de cinco años, el total o parte de los beneficios.

Entre otros beneficios, se podrían llevar a cabo expropiaciones de terrenos para su implantación, disminuir en un 50% los impuestos correspondientes, garantizar por el Estado su capital hasta el 4% y, también, se garantizaba la rebaja de los derechos de aduanas en las importaciones de maquinaria y utillaje para las instalaciones de las fábricas españolas.

A cambio, el Estado participaría en su implantación, puesta en marcha y control, designando un Interventor y un Consejero-delegado<sup>626</sup>, con facultades suspensivas y reserva de la valoración de las instalaciones por sus técnicos; además, el Estado podría percibir, como aumento de impuesto, el cincuenta por ciento del excedente, con un límite, cuando el dividendo a repartir superase el siete por ciento del capital desembolsado.

La declaración de interés nacional se debería realizar por Decreto, previa la tramitación de un concurso y, en determinados casos, se podría imponer al consumo nacional una cantidad mínima del producto a un precio determinado, en lugar de las garantías señaladas.

La Ley de noviembre de 1939, sobre ordenación y defensa de la industria española incluía, entre las industrias a las que afectaba, las que fabricaban productos para la sanidad nacional, dentro del grupo c), titulado «Básicos para la economía nacional»; con ella se pretendía regular la implantación y el desarrollo de las industrias nacionales, declarando la facultad de la Administración para condicionar, reglamentar y vigilar la producción fabril, obteniendo estadísticas que permitieran resolver los problemas de manera adecuada y permanente. Todo ello, dentro de un plan orgánico, de amplia tutela estatal, que abarcaba tanto los aspectos técnicos como económicos.

Este pretendido amplio control, a través de la regulación normativa, provocó el ahogo de la estructura industrial, pues las soluciones, cuando llegaban, siempre lo hacían con retraso, y si se preveían, era difícil llevarlas a la práctica. Entre otras medidas, se puede citar el apartado a) del artículo cuarto de la Ley, donde se establecía que no se podrían instalar nuevas industrias, trasladar ni ampliar las existentes sin la resolución favorable del Ministerio de Industria y Comercio, quien fijaría los trámites y normas a

---

<sup>626</sup> La Orden de 9 de noviembre de 1940 (BOE, 17-XI-1940) del Ministerio de Industria y Comercio, estableció que los consejeros delegados en industrias cuyo proceso industrial estuviera basado en patentes que constituyeran secreto de fabricación, no podrían intervenir particularmente en industrias similares, durante el plazo que durase su intervención, ni en los cinco años posteriores a su cese.



seguir, según las necesidades nacionales. Lo que exigía esta norma era que cualquier modificación en una industria requiriera de una resolución de un órgano de máximo rango ejecutivo. Y el siguiente párrafo del mismo artículo preveía que los recursos administrativos frente a esa resolución debían ser informados por el Consejo de Industria y resueltos por el Ministro de dicho Departamento, lo que da idea del plazo de resolución y de las posibilidades de estimación.

El artículo quinto estaba dedicado a la regulación específica de las nuevas industrias, su apartado a) establecía que el capital social activo debía ser propiedad de españoles en sus tres cuartas partes, como mínimo, y el resto podía aportarse como inversión de capital extranjero, en divisas cotizadas en España o en utillaje que no se obtuviera de la producción nacional. El Estado podría autorizar a las empresas acogidas a los beneficios de esta Ley para concertar la adquisición de maquinaria, herramientas, patentes, privilegios y planos de procedencia extranjera necesarios para la implantación y desarrollo de la industria de que se tratase.

En cuanto a los directores, tanto técnicos como administrativos, gerentes y, en general, los administradores y apoderados legales, la norma establecía que debían ser españoles, aunque en las sociedades anónimas podían ser extranjeros en proporción al capital suscrito, hasta una cuarta parte de los consejeros, pero la presidencia del consejo y los cargos directivos, en todo momento, recaerían en españoles.

Esta Ley regulaba como defensa de la producción, entre otras normas, lo contenido en su artículo décimo; allí establece que en todas las adquisiciones que se efectuasen con fondos públicos se debían emplear exclusivamente artículos de fabricación española, justificándose con el correspondiente certificado de productor nacional que debía otorgar el Ministerio de Industria y Comercio, aunque, de forma excepcional, podría autorizar adquisiciones en la industria extranjera mediante orden especial, cuando concurriera alguno de los siguientes supuestos: primero, por imperfección del producto nacional para una finalidad determinada, taxativamente declarada; segundo, por reconocida urgencia que no pudiera satisfacer la industria española; tercero, por no existir la producción nacional respectiva, no tolerándose que al amparo de esta excepción pudieran establecerse condiciones de concurso que excluyeran 'injustamente' al producto nacional. Asimismo, establecía la Ley que, cada cinco años, se debía publicar el catálogo oficial de producción industrial española.

Pero no hay que olvidar que esta Ley preveía la posibilidad de incautación de la industria por el Estado, de lo que se deduce la importante atención que debían prestar las industrias en el cumplimiento de todos los procedimientos establecidos. En concreto, en su artículo cuarto o), se fijaba: «en casos excepcionales, cuando lo exija el interés supremo, de la Defensa o Economía Nacional, el Estado, por Decreto aprobado por Consejo de Ministros, podrá incautarse de las empresas industriales».

En cuanto a la importación, el artículo decimocuarto de la Ley dejaba clara la prioridad de los productos nacionales; solo se autorizarían importaciones si no hubiese posibilidad de suministro con productos españoles: «la importación de materia primas, maquinaria, utensilios, productos y subproductos industriales vendrá condicionada a la posibilidad del suministro nacional o sustitución por otros similares, a cuyo efecto la Dirección General de Comercio y Política Arancelaria contará con los elementos necesarios de asesoramiento técnico que le serán facilitados por la Dirección General de Industria».

El artículo decimosexto regulaba la posibilidad de la compra de patentes de invención nacionales o extranjeras por el Estado español, correspondientes a productos que no se fabricasen en España, para ofrecerlas, mediante concurso, a las industrias españolas y, en el caso en que no hubiese concurrencia, el Estado podría efectuar las instalaciones.

En cuanto a la investigación, el artículo decimonono regulaba una forma de fomentar la obtención de productos extranjeros en España, cambiando tan solo el procedimiento de fabricación; establecía que se organizarían laboratorios de investigación y ensayos industriales, y en ellos se estudiarán nuevos procedimientos de fabricación para el aprovechamiento de materias primas nacionales y obtención de productos que, hasta ahora, son objeto de importación.

En el artículo segundo de esta Ley se definía el concepto de industria, en su apartado b) estaban incluidas todas las industrias farmacéuticas, tanto los pequeños como los grandes laboratorios; el literal decía, «[las dedicadas] a la obtención de productos mediante operaciones manufactureras o fabriles que tengan por base procedimientos mecánicos, químicos, eléctricos o mixtos». En el artículo tercero se clasificaban las industrias antes definidas y, en el apartado c), se detallaban las denominadas «industrias básicas para la economía nacional» que, a su vez, se subdividían en cinco apartados; en

su apartado b) se recogían «las que produzcan artículos necesarios para la subsistencia, el vestido y la Sanidad Nacional», donde estaba incluida la industria farmacéutica.

José Antonio Miranda Encarnación indica que estas dos décadas de restricción de la libertad para crear empresas solo se debieron a la existencia de intereses particulares de los empresarios ya instalados, protegidos por la actuación discrecional de los órganos institucionales que gestionaban las autorizaciones administrativas, como los Sindicatos Verticales y el Ministerio de Industria:

«Las restricciones a la libertad de crear empresas industriales se mantuvieron durante más de dos décadas. Esta larga pervivencia obedeció a los intereses particulares de los empresarios ya asentados en el mercado, que utilizaron su capacidad de presión sobre las instituciones para convertir los controles del Ministerio de Industria en verdaderas barreras legales para la entrada de nuevas empresas, limitando de esta manera la competencia y reforzando el grado de monopolio en muchas ramas de la producción. Se ha de recordar en este sentido, que los Sindicatos Verticales (...), dominados por la patronal de cada sector, eran los organismos asesores del Ministerio para evaluar las solicitudes de nueva instalación o modificación de una empresa, y que los criterios establecidos por la Administración para discriminar entre unas solicitudes y otras, al igual que sucedía con las declaraciones de “industria de interés nacional”, dejaban un amplio margen para la actuación discrecional de los funcionarios»<sup>627</sup>.

Los cambios que estas Leyes provocaron en la normativa hasta entonces vigente sobre propiedad industrial dio lugar a la modificación de dicha normativa específica a través del Estatuto de la propiedad industrial, mediante la aprobación del Decreto de 26 de diciembre de 1947 (BOE, 24-I-1948) del Ministerio de Industria y Comercio. En este Decreto se regulaban los «perfeccionamientos en los procedimientos económicos-comerciales»; en su exposición de motivos se les reconocía como una novedad española en la legislación comparada. El artículo 47 de este Decreto establecía que estos procedimientos podrían ser objeto de patente, siempre que revistieran un desarrollo material efectivo y tuvieran un carácter práctico e industrializable. Eso era lo que pretendían las Leyes de 1939 y este Decreto: que se industrializara cuanto antes y de la forma más barata posible (a través de modificaciones de procedimientos) la obtención en España de productos que venían siendo importados.

Estas patentes de carácter económico-comercial se regirían, en todos sus aspectos, por las disposiciones que regulaban las patentes de invención general,

---

<sup>627</sup> José Antonio MIRANDA ENCARNACIÓN. “El fracaso de la industrialización autárquica”. En: Carlos Fernando Barciela López (ed.). *Autarquía y mercado negro. El fracaso económico del primer franquismo, 1939-1959*. 95-122. Barcelona: Crítica, 2003.

quedando sujetas al régimen de puesta en práctica y a la licencia de explotación. Pero, como lo que se autorizaba era la patente de los diferentes procedimientos para la obtención de un mismo producto, no podían ser objeto de patente los propios productos; por ello, el artículo 52.2 del mismo Decreto fija que no podrían ser objeto de patente «los productos o los resultados industriales, las fórmulas farmacéuticas y medicamentosas y las de los alimentos para la especie humana o los animales; pero sí lo serán los aparatos para obtenerlos».

Como la patente sobre los perfeccionamientos en los procedimientos económicos-comerciales estaba supeditada a su puesta en práctica, se debían obtener los correspondientes certificados de esta industrialización. En este sentido, el artículo 84 del Decreto mantenía que los certificados de la puesta en práctica de las patentes de carácter económico-comercial serían expedidos por los técnicos o peritos titulares que, en cada caso, determinase la Jefatura del Registro de la Propiedad Industrial, indicando la población y el establecimiento donde se llevase a cabo la explotación de estas patentes.

#### *La normativa específica del sector farmacéutico*

La repercusión en el sector farmacéutico de las dos Leyes de 1939 sobre protección de la industria española fue directa pero, para ello, se hubieron de complementar con una norma específica sobre elaboración e importación de 'especialidades farmacéuticas', el Decreto de 5 de junio de 1940 (BOE, 26-VI-1940).

Antes de analizar el sumatorio de las tres normas, conviene realizar una descripción temporal de la normativa reguladora de este sector, en esta etapa del Gobierno franquista.

La Orden del Gobernador General, Luis Valdés, aprobada en Valladolid el 9 de julio de 1937 (BOE, 13-VII-1937) unificó los criterios para el registro de medicamentos de fabricación industrial a fin de conseguir un «régimen de igualdad en toda la zona española liberada», para ello suspendió los diferentes registros provisionales gestionados por los Inspectores provinciales de sanidad, centralizando el registro en el Gobierno General «como único organismo autorizado para la concesión».

La misma Orden solicitaba a todos los inspectores provinciales de sanidad que remitieran al Gobierno General los expedientes relacionados con la fabricación de medicamentos para la revisión de las correspondientes autorizaciones, aunque recordaba

que seguía vigente el Reglamento para la elaboración y venta de especialidades farmacéuticas, aprobado durante la Dictadura de Primo de Rivera, por Real Decreto de 9 de febrero de 1924 (*Gaceta de Madrid*, 13-II-1924), en lo que no contradijese la mencionada Orden.

Por último, indicaba a las industrias farmacéuticas con registros aprobados con anterioridad al 18 de julio de 1936, que residieran en «zona española no liberada», la obligación de presentar, en el Gobierno General, los documentos necesarios para continuar la fabricación y venta de los productos en la «zona liberada». En cuanto a la actividad de este registro central, Antonio González Bueno indica lo siguiente,

«Las solicitudes de registro presentadas ante el Gobernador General comienzan a materializarse a finales de julio de 1937; las primeras con fecha de 23 de julio y, desde entonces, se suceden con cierta frecuencia: entre ellas se encuentran un buen número de los productos que, 'provisionalmente', habían quedado inscritos en los 'registros locales' habilitados durante los primeros meses de la guerra.

Las primeras autorizaciones concedidas llevan fecha de 30 de septiembre de 1937; las últimas otorgadas bajo este procedimiento quedaron firmadas el 31 de enero de 1938. A partir de entonces, las autorizaciones de registro comienzan a emitirse [por] José Alberto Palanca y Martínez-Fortún, Jefe Superior de Sanidad (...). Los datos disponibles permiten afirmar que la mayor parte de estas autorizaciones se concedieron con el simple bastanteo documental (...). Las especialidades farmacéuticas autorizadas bajo estos precarios expedientes fueron reevaluadas durante los últimos meses de la guerra, intentando corregir las carencias observadas. (...) se pretendía así acomodar los 'registros de Valladolid' a la nueva normativa dictada por el Decreto de 6-II-1939 (*BOE* 10-II-1939)»<sup>628</sup>.

Paralelamente, el Gobierno de la República, a través del Ministerio de Instrucción Pública y Sanidad, publicó una Orden de 21 de octubre de 1937 (*Gaceta de la República*, 24-X-1937) asignando competencias a la recién creada Inspección General de Industrias Químico-Farmacéuticas. En esta Orden se establecía que la inscripción, registro y autorización de venta de todas las 'especialidades farmacéuticas', productos opoterápicos, vitamínicos, dietéticos y sus sustitutivos y, en general, los productos sujetos a registro, habría de ser realizada por la Inspección General de Industrias Químico-Farmacéuticas o por sus delegaciones provinciales.

---

<sup>628</sup> Antonio GONZÁLEZ BUENO. "Un capítulo olvidado de la guerra civil: el registro centralizado de especialidades farmacéuticas durante la Junta Técnica del Estado (Valladolid, X-1936 / I-1938)". En: Antonio González Bueno, Raúl Rodríguez Nozal y Esteban Moreno Toral (ed.). *Simples y Compuestos. El medicamento en la Historia [Actas de las II Jornadas celebradas por la Sociedad de Docentes Universitarios de Historia de la Farmacia de España]*: 187-204. Madrid: Sociedad de Docentes Universitarios de Historia de la Farmacia de España, 2007 (cf. págs. 191-192).

Por Orden del Ministerio del Interior del Gobierno franquista, el 19 de noviembre de 1938 (*BOE*, 21-XI-1938) se suspendió el registro de 'especialidades farmacéuticas' y la apertura de laboratorios para la preparación éstas; el repunte de solicitudes presentadas ante la Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad hacía necesaria una nueva normativa reguladora, según se recogía en la exposición de motivos de la Orden, «desde la fecha del Glorioso Alzamiento Nacional han sido presentados para su registro gran número de especialidades farmacéuticas y siendo indispensable llegar a unas normas restrictivas a la vez que indicadoras de las modalidades a que hayan de ajustarse en lo futuro (...)»<sup>629</sup>.

La norma encargaba a los inspectores provinciales de sanidad vigilar para que sólo se comercializaran los medicamentos que hubieran sido aprobados por la Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad, dependiente del Ministerio del Interior, y su Instituto de Control. Pero, dada la escasez de medicamentos, ese registro hubo de reanudarse unos meses mas tarde, mediante la publicación del Decreto de 6 de febrero de 1939 (*BOE*, 10-II-1939), elaborado por el Ministerio de la Gobernación de Ramón Serrano Suñer, por el que se modificaba el Reglamento para la elaboración y venta de especialidades farmacéuticas, aprobado durante la Dictadura de Primo de Rivera (*Gaceta de Madrid*, 13-II-1924). La publicación de la nueva norma, como ya lo había adelantado la Orden Ministerial de noviembre de 1938, debía regular el «elevado interés» de algunos productores de lanzar al mercado, en la «zona nacional», productos similares a los que escaseaban, bien porque los originales se debían importar del extranjero, o bien porque se elaboraban en «la zona no liberada».

En el Decreto se aceptaba la demanda de los productores: «es loable y patriótica la conducta de estos preparadores, que, además de abastecer el mercado, tratan de evitar la salida de divisas» pero, a la vez, justificaba la nueva regulación restrictiva por razones económicas que garantizaran los principios científicos y profesionales. La normativa modificada asignaba el derecho a realizar la elaboración y venta del fármaco antes de la obtención de la autorización definitiva, a partir del registro de la solicitud del productor; ahora, la nueva normativa requería, para la preparación y venta de una especialidad, la correspondiente autorización administrativa a la que se le asignaba, en ese momento, un número de registro.

Además, encomendaba a la Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad la competencia en «cuanto concierne a la fijación del precio de venta, evitando los abusos

---

<sup>629</sup> Orden del Ministerio del Interior de 19 de noviembre de 1938 (*BOE*, 21-XI-1938).

que, al amparo de las circunstancias, pudieran cometerse» y añadía que, para la variación del precio, debía emitirse un informe previo del Comité Sindical Químico-Farmacéutico. En consecuencia, el control del Gobierno sobre las industrias preparadoras de medicamentos se incrementó: además de no registrar un medicamento si no estaba autorizada su fabricación, se efectuaba una intervención directa en la fijación del precio del medicamento.

Para obtener la autorización de registro se debía adjuntar una nota detallando la fórmula cualitativa y cuantitativa completa del medicamento, con una memoria donde se fundamentasen sus características en los aspectos económico-profesionales, técnicos y científicos, cuatro ejemplares del producto y pruebas del etiquetado y prospecto. Cuando se solicitaba la autorización y registro de un medicamento extranjero, además de los requisitos mencionados, se debía adjuntar una instancia firmada por el autor extranjero, el preparador nacional si se elaboraba en España o el farmacéutico que la garantizaba, certificando la cualidad profesional del solicitante por la autoridad sanitaria competente del país de procedencia.

El Servicio Nacional de Sanidad debería efectuar una comprobación y control en sus laboratorios oficiales, pues el Decreto establecía que debía entregarse al solicitante los dictámenes de este laboratorio oficial y del Comité Sindical de Industrias Químico-Farmacéuticas, si consideraba que reunía el preparado las condiciones necesarias, además del certificado o autorización de preparación y venta del medicamento a nombre del interesado, en la que se haría constar: el número con el cual figurará la 'especialidad farmacéutica' en el registro, la fecha de su inscripción, el precio de venta al público, el nombre y la forma farmacéutica del preparado o grupo de ellos y la indicación de si el medicamento había sido considerada de venta libre o de prescripción facultativa.

Al cambiar el propietario se debía expedir una nueva autorización y, al modificar la composición o el nombre del preparado se debían repetir los trámites. Para cambiar el precio del medicamento sería preciso solicitarlo a la Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad, a quien le competía adoptar una resolución, previo informe del Comité Sindical de Industrias Químico-Farmacéuticas. El Decreto también establecía la posibilidad de restringir y, por lo tanto de no autorizar, fórmulas análogas a las de otros productos nacionales existentes en el mercado.

Como ejemplo se detallan cuatro especialidades registradas entre 1939 y 1940, donde se especifican todos los requisitos que establecía el Decreto<sup>630</sup>:

- *Ricino baby*: aceite; purgante; número de registro: 988; fecha del registro: 30/10/1939; nacionalidad: española. Laboratorio: *Mabo*; número de registro del laboratorio: 1461; ciudad: Valencia. Composición: aceite de ricino. Precio inicial: 1 peseta.

- *Ergometrina*: inyectable; hemostático; número de registro: 1046; fecha del registro: 23/11/1939; nacionalidad: española. Laboratorio: *Zeltia*; número de registro del laboratorio: 1684; ciudad: Vigo. Composición: alcaloides solubles del cornezuelo. Precio inicial: 11,55 pesetas.

- *Alfosom*: comprimidos; tónico nervioso; número de registro: 1187; fecha del registro: 29/5/1940; nacionalidad: española. Laboratorio: *Sociedad General de Farmácia S.A.*; número de registro del laboratorio: 1433; ciudad: Esplugas del Llobregat (Barcelona). Composición: alfa glicero fosfatósódico, sacarosa, cacao, manteca de cacao y talco avainillado. Precio inicial: 7,26 pesetas.

- *Alosabina*: solución; emenagogo; número de registro: 1729; fecha del registro: 22/10/1940; nacionalidad: española. Laboratorio: *J. Martín S.A.F.*; número de registro del laboratorio: 565; ciudad: Madrid. Composición: tintura aloe soccotrino, extracto fluido ruda graveolens, extracto fluido juniperus sabina y extracto fluido crocus sativus. Precio inicial: 8,87 pesetas.

El precio de estos medicamentos –y otros similares- es elevado si se compara con el salario nominal mínimo; prácticamente en todos los casos es superior al salario mínimo por jornada, como se pone de manifiesto en la tabla XIX; y aún debe tenerse en cuenta que, en las actividades profesionales señaladas, el salario de las mujeres y el de los aprendices era inferior, hasta la cuarta parte del de los profesionales varones:

---

<sup>630</sup> Archivo histórico de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; Registro de medicamentos. Dirección General de Sanidad, s/c.



Tabla XIX. Salario nominal «mínimo», en pesetas, por jornada, de un obrero de tipo profesional, según la actividades (cifra media nacional en pesetas de los obreros varones y no aprendices)					
Actividad	1939	1940	1941	1942	1943
Mineros	8,05	8,37	8,78	9,04	9,26
Textiles	7,45	7,91	8,38	8,73	9,31
Albañiles	7,85	8,29	8,95	9,33	9,67
Carpinteros	7,57	8,18	8,67	9,02	9,28
Sastres	7,06	7,43	7,99	8,39	8,96
Agrícolas	6,26	6,66	7,42	7,94	8,48
Fuente: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. <i>Anuario Estadístico de España. Año XXI. 1944-1945</i> . [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1946.					

Estos salarios dan idea de las pocas posibilidades de acceso a tratamientos farmacológicos por parte de la mayoría de la población española, cuando no estaba afiliada a alguna sociedad de previsión médico-farmacéuticas.

En abril de 1939, Francisco Franco, tras la visita a unos laboratorios farmacéuticos del Ejército en Granada, realizó unas declaraciones en las que dejaba claro su objetivo de formar profesionales en Alemania, país afín y avanzado en la industria química, para que después desarrollaran su profesión en España, disminuyendo así el volumen de las importaciones:

«Enviar técnicos químicos a estudiar en Alemania para emancipar a España de la tutela extranjera de la importación de productos químicos. Se levantarán grandes laboratorios que abastezcan nuestro mercado»<sup>631</sup>.

Unos meses más tarde, el 5 de junio de 1940, se aprobó un Decreto de Presidencia del Gobierno (BOE, 26-VI-1940) sobre elaboración e importación de medicamentos de fabricación industrial, para ajustar la política reciente decidida en estas materias, motivado por la escasez de algunos medicamentos «que en forma de especialidades farmacéuticas viene siendo de uso frecuente y necesario, sin que todavía la producción nacional haya podido suplirlas en el corto espacio posterior al Movimiento Nacional»<sup>632</sup>.

<sup>631</sup> ABC, 23-IV-1939 (cf. pág. 12).

<sup>632</sup> En ese momento, el Ministro de la Gobernación era su cuñado, Ramón Serrano Súñer; después, por Decreto de 18 de octubre de 1940 (BOE, 19-X-1940), pasó a ocupar la Cartera de Asuntos Exteriores.

Este Decreto autorizaba la importación de medicamentos de fabricación industrial elaborados en países extranjeros, con carácter excepcional, siempre que fueran consideradas de importancia terapéutica y que resultara imposible su fabricación en España, o que existieran determinadas necesidades sanitarias que justificaran su importación. Para esta importación era necesaria la conformidad del Ministerio de la Gobernación, previo informe de la Dirección General de Sanidad. También establecía el Decreto la excepcionalidad para la inscripción de nuevos medicamentos extranjeros en el Registro dependiente de la Dirección General de Sanidad, previa autorización del Ministerio de la Gobernación (esta excepcionalidad solo sería aplicable durante un periodo transitorio de tres años).

En cuanto a las ya inscritas, se hubieran o no elaborado en algún momento en España, podrían fabricarse cuando hubieran sido adquiridas por farmacéuticos españoles o sociedades españolas, o bien cuando se hubieran cedido a farmacéuticos españoles o sociedades españolas las licencias de explotación, marcas y patentes para su fabricación en España, en condiciones económicas intervenidas y autorizadas por el Ministerio de Industria y Comercio para regular el canon correspondiente y la distribución de la materia prima<sup>633</sup>.

Por consiguiente, los medicamentos extranjeros que se podían adquirir en el mercado español debían haber sido autorizadas e inscritas en el Registro de 'especialidades farmacéuticas', dependiente de la Dirección General de Sanidad y cumplir alguna de las opciones contenidas en el Decreto de 1940:

- ♦ Medicamentos preparados y envasados en el extranjero e Importados en España: Autorizada su venta en España en base el artículo primero: importancia terapéutica e imposibilidad de adquirirse similares en España, o bien requeridos por necesidades sanitarias que lo exijan.

- ♦ Medicamentos extranjeros que se comiencen a fabricar en España a partir de la publicación del Decreto de junio de 1940. Autorizada su venta en España en base al artículo tercero a): cuando hayan sido adquiridos por farmacéuticos españoles o por sociedades españolas dedicadas expresamente a estas actividades.

---

<sup>633</sup> El artículo cuarto del Decreto de 5 de junio de 1940 (*BOE*, 26-VI-1940), concedía un plazo de un año para que las 'especialidades' extranjeras registradas, que ya hubieran sido elaboradas en España, cumplieran los requisitos establecidos en el artículo anterior: que fueran compradas por farmacéuticos españoles o por sociedades españolas dedicadas expresamente a estas actividades, o que fueran cedidas a farmacéuticos españoles o a estas sociedades a cambio de un canon. Este plazo de un año fue ampliado por otro año más, mediante el Decreto de 30 de mayo de 1941 (*BOE*, 7-VI-1941). Estos contratos entre cesionarios y concesionarios debían ser formalizados por escritura pública

♦ Medicamentos extranjeros que se comiencen a fabricar en España a partir de la publicación del Decreto de junio de 1940. Autorizada su venta en España en base al artículo tercero b): cuando se hayan cedido a farmacéuticos españoles o a sociedades españolas las licencias de explotación, marcas y patentes para la fabricación en nuestro país en condiciones económicas intervenidas y autorizadas por el Ministerio de Industria y Comercio para regular el canon y la distribución de materias primas.

♦ Medicamentos extranjeros que se fabricaban en España antes de la publicación del Decreto de junio de 1940. El artículo cuarto les concedía un plazo de un año para cumplir los requisitos, establecidos en el artículo tercero: compra o cesión.

A los laboratorios farmacéuticos propiedad de extranjeros autorizados y en funcionamiento antes de 18 de julio de 1936, se les impuso la obligación de solicitar un «permiso especial concedido por el Ministerio de la Gobernación» en base a un expediente instruido por la Dirección General de Sanidad. Este expediente debía demostrar que los laboratorios cumplían lo establecido en la Ley de 24 de noviembre de 1939 (*BOE*, 15-XII-1939) sobre ordenación y defensa de la industria, o bien que hubieran sido cedidos o arrendados en las mismas condiciones que las previstas para los medicamentos de fabricación industrial. Por último, el Decreto ordenaba que antes de la aprobación por el Ministerio de Industria y Comercio del establecimiento de una nueva industria químico-farmacéutica, era necesario un informe de la Dirección General de Sanidad.

Algunos ejemplos de registro de medicamentos de fabricación extranjera, registrados en España durante este período, son las siguientes<sup>634</sup>:

- *Aceite de ricino*: nacionalidad italiana, fabricado en Barcelona por *Laboratorios del Andreu e hijos*, por cesión de *Carlo Erba*.

- *Aceite Bayer de iotion*: nacionalidad alemana, fabricado en Barcelona por *Farbenfabriken vorm frier Bayer & c<sup>o</sup>*.

- *ACTH*: nacionalidad francesa, fabricado en París por *Maurice Choay*, representante en Madrid: *E. Boicot SA*.

El 30 de mayo de 1941, un año después, se publicó un nuevo Decreto (*BOE*, 7-VI-1941) por el que se amplía por otro año más el plazo señalado para la elaboración e importación de especialidades farmacéuticas extranjeras.

---

<sup>634</sup> Archivo histórico de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios: Registro oficial de medicamentos. Dirección General de Sanidad, s/c.

Un nuevo Decreto, esta vez aprobado a propuesta del Ministro de la Gobernación, Valentín Galarza Morante, el 15 de junio de 1942 (*BOE*, 2-VII-1942), declaró temporales todos los registros de medicamentos de fabricación industrial; con una validez de dos años para los medicamentos de fabricación extranjeros y de cinco años para los españoles, a partir de la publicación de esta norma, que sería prorrogable a instancia del interesado, por periodos iguales, siempre que las condiciones de producción nacional u otras razones no aconsejasen lo contrario<sup>635</sup>. El mismo Decreto exponía las razones de esta revisión obligatoria al señalar que «permitirá hacer una necesaria selección de productos».

En 1943 se publica la Orden de 17 de noviembre (*BOE*, 21-XI-1943) de la Presidencia del Gobierno, donde se establecía el plazo máximo de un año, desde su publicación, para que todos los laboratorios de especialidades farmacéuticas presentasen en la Dirección General de Sanidad un estudio económico para cada especialidad o producto (tanto para las especialidades que tuvieran ya fijado un precio con anterioridad a la publicación de esta Orden, como para las especialidades de nueva fabricación a partir de la publicación de la Orden), con el fin de obtener la correspondiente autorización de precio de venta. La Dirección General de Sanidad debía remitir el estudio económico al Ministerio de Industria y Comercio que era el competente para fijar y autorizar el precio del producto; a ese informe económico, la Inspección General de Farmacia podía unir un informe atendiendo a dos cuestiones, a la utilidad del producto desde el punto de vista de la sanidad nacional, y a las circunstancias de fabricación del producto que pudieran repercutir en una reducción de las importaciones (de materia prima o de productos transformados), la resolución del precio por el Ministerio de Industria y Comercio se debía remitir a la Dirección General de Sanidad para unirse al expediente del producto. Mas tarde, se publicó una nueva Orden de la Presidencia del Gobierno, ajustando las competencias de la Dirección General de Sanidad y de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Industria y Comercio, que se habían establecido en la mencionada Orden de 17 de noviembre de 1943 (*BOE*, 21-XI-1943). La nueva Orden se aprobó el 5 de octubre de 1944 (*BOE*, 8-X-1944), en ella, se daba prioridad a las decisiones de la Dirección General de Sanidad, pues ésta fijaría el precio de los siguientes productos (por delegación de la Junta Superior de Precios), sin la participación en el procedimiento del Ministerio de

<sup>635</sup> Este Decreto, de 15 de junio de 1942 (*BOE*, 2-VII-1942), establecía una nueva prórroga de un año al plazo fijado en el párrafo primero del artículo cuarto del Decreto del 5 de junio de 1940 (*BOE*, 26-VI-1940). Y en 1944 se aprobó una nueva prórroga de un año, mediante el Decreto de 28 de julio de 1944 (*BOE*, 12-VIII-1944), «vistas las peticiones formuladas por casas de diferentes países, se hace conveniente conceder una nueva prórroga con el fin de dar tiempo a aquellas para normalizar sus actividades».

Industria y Comercio: Sueros específicos (no artificiales), Opoterápicos, Hormonas, Vitaminas valoradas en U.I, Estupefacientes, Bismúticos inyectables, Arsenobenzoles, Alcaloides y Glucósidos. Además, la Dirección General de Sanidad y la Secretaría General Técnica del Ministerio de Industria y Comercio, de mutuo acuerdo, debían establecer el régimen de revisión y fijación del precio de las demás especialidades farmacéuticas.

Así, tres meses después, se publicó una Orden del Ministerio de la Gobernación de 11 de enero de 1945 (*BOE*, 15-I-1945) por la que se dispone la reapertura de los registros farmacéuticos y se dictan normas para la fijación de precios de las especialidades farmacéuticas, descritas en la base 16 de la Ley General de Sanidad de 25 de noviembre de 1944, tanto para los nuevos registros como para las especialidades ya registradas. En ella se determinaba el beneficio del fabricante o “beneficio profesional”, el beneficio del almacén o “margen de utilidad a percibir por el almacenista” y, el beneficio de la farmacia (25% del precio de venta al público) o “margen de utilidad a percibir por el farmacéutico”. Esta Orden, además, regulaba, de forma provisional, en tanto se aprobaban los reglamentos de desarrollo de la Ley General de Sanidad, la reapertura, en la Inspección general de Farmacia (dependiente de la Dirección general de Sanidad), de los registros farmacéuticos para la inscripción de medicamentos y laboratorios que habían sido suspendidos por la Orden ministerial de 20 de julio de 1944 (*BOE*, 30-VII-1944)<sup>636</sup>.

Para valorar la repercusión de esta normativa en la industria químico-farmacéutica española, recogemos algunos datos estadísticos en la tabla XX:

---

<sup>636</sup> Previamente, por Orden del Ministerio del Interior, el 19 de noviembre de 1938 (*BOE*, 21-XI-1938) se había suspendido el registro de especialidades farmacéuticas y la apertura de laboratorios para su preparación por la Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad, pues según establecía, «desde la fecha del Glorioso Alzamiento Nacional han sido presentados para su registro gran número de especialidades farmacéuticas y siendo indispensable llegar a unas normas restrictivas a la vez que indicadoras de las modalidades a que hayan de ajustarse en lo futuro».

Tabla XX. Comercio de importación y exportación de productos químicos y farmacéuticos [1935-1955]				
Año	Importación [toneladas]	Importación [pesetas oro]	Exportación [toneladas]	Exportación [pesetas oro]
1935	677.368	95.182	679.236	31.499
1940	121.010	28.048	272.100	18.685
1941	117.277	36.435	188.399	25.377
1942	112.025	54.419	211.733	24.137
1943	122.484	75.780	146.697	30.575
1944	86.552	54.081	305.819	46.349
1945	77.826	46.260	388.058	40.491
1946	125.601	57.962	586.867	48.312
1947	183.387	63.894	561.714	47.991
1948	154.936	66.753	591.417	55.453
1949	227.763	85.580	560.097	67.017
1950	500.209	129.332	408.982	52.933
1951	363.037	99.291	755.433	59.510
1952	541.330	155.680	578.466	42.435
1953	402.859	103.530	603.517	32.069
1954	540.379	123.095	572.578	30.853
1955	733.060	153.379	652.137	33.737

Fuente: SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA. *Pequeño anuario estadístico de España. Año I. 1936*. Madrid: Talleres tipográficos Plutarco, 1936; DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XX. 1943*. Madrid: [Ministerio de Trabajo], 1944; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXI. 1944-1945*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1946; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXII. 1946-1947*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1948. 2 vols.; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXIII. 1948*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1949; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXIV. 1949*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1950; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXV. 1950*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1951; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXVI. 1951*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1952; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXVII. 1952*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1953; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXVIII. 1953*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1954; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXIX. 1954*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1955; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXX. 1955*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1956. [Consultados en [www.ine.es/inebaseweb](http://www.ine.es/inebaseweb)].

Hasta el año 1955, con un total de 733.060 toneladas, no se supera las importaciones realizadas en 1935 (677.368 toneladas). Como ya dejamos señalado, las importaciones, con carácter general, descendieron de forma considerable a lo largo de los primeros veinte años del Franquismo; el descenso en las importaciones de productos

químicos y farmacéuticos sigue la misma tónica que el resto de productos, aunque de manera más acusada, pues durante los primeros diez años no se alcanzó una cifra media de importaciones superior al 20% respecto a la alcanzada en 1935. Las cifras del importe, en pesetas, alcanzadas en 1935 por la importación de productos químicos y farmacéuticos no se superan hasta 1953.

Hasta el año 1951, con 755.433 toneladas, no se superan los totales de exportaciones realizadas en 1935 (679.236 toneladas). El descenso en las exportaciones de productos químicos y farmacéuticos sigue la misma tónica que el resto de productos, aunque es más acusado, pues durante los primeros seis años del Franquismo no se alcanzó una cifra media de exportaciones superior al 50%, respecto a las exportaciones de estos productos en 1935.

De los datos disponibles se puede deducir que la normativa de proteccionismo de los productos nacionales provocó un descenso de las importaciones pero, como contrapartida, el aislamiento de España dio lugar a un considerable descenso de las exportaciones, con lo que los beneficios derivados del comercio exterior fueron negativos. Durante todo el periodo analizado (1940-1955) los ingresos, en pesetas oro, derivados de las exportaciones fueron menores que los pagos por las importaciones.

Tampoco se deduce de estos datos un beneficio derivado de una posición favorable de España, como suministrador de estos productos químicos y farmacéuticos en los países que sufrieron directamente la segunda guerra mundial. Hay que tener en cuenta que el repunte de actividad industrial de los países europeos al terminar la guerra mundial fue exponencial y en España no. Con lo que el atraso de España desde el comienzo de la guerra civil, al compararlo con sus vecinos europeos, se multiplicó en estos primeros veinte años.

Para poder analizar si ese bajísimo nivel de comercio exterior se compensó –o no– con un aumento del comercio interior, presentamos las tablas XXI, donde se detalla la producción, en toneladas, de los principales productos químicos, los mismos utilizados en las estadísticas comentadas relativas al comercio exterior. De su análisis se deduce que no existen productos que reflejen un repunte claro en el periodo comprendido entre 1944 y 1949, derivado de la puesta en marcha de la normativa protectora de esta industria; por lo que se deduce que la principal consecuencia de la política de este periodo provocó una escasez de productos químicos en la nación española.

Tabla XXI.1. Producción de sales en la industria químico-farmacéutica española [1944-1949]

PRODUCCION EN TONELADAS								
A Ñ O	Bicarbonato de sodio	Borato de sodio	Carbonato de sodio	Clorato potásico	Clorato de sodio	Cloruro de bario	Cloruro de calcio	Cloruro de potasa
1944.....	7.020	1.332	132	408	444	744	1.652	239.508
1945.....	7.104	1.164	120	408	444	708	1.762	252.492
1946.....	7.620	1.416	180	396	372	564	1.732	264.708
1947.....	7.512	1.692	192	444	648	684	1.823	319.104
1948.....	7.380	1.440	204	840	240	1.008	1.457	397.332
1949.....	7.608	1.560	192	576	456	948	1.434	307.884

A Ñ O	Hidrato de bario	Hidrosulfato de sodio	Hipoclorito de cal	Silicato sódico	Sulfato aluminico	Sulfato de bario	Sulfato de sodio	Sulfuro de sodio
1944.....	48	288	13.500	7.671	2.874	2.221	1.832	1.213
1945.....	60	372	12.300	7.915	2.472	1.941	2.016	1.957
1946.....	72	384	12.200	10.103	3.862	1.617	2.171	1.895
1947.....	72	396	11.500	11.501	4.873	2.453	2.172	1.810
1948.....	72	372	12.500	10.500	4.045	1.620	2.400	1.200
1949.....	96	420	11.548	4.546	4.657	386	1.399	1.043

Fuente: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXV. 1950.* [Madrid Presidencia del Gobierno], 1951 (cf. pág. 282).

Tabla XXI.2. Producción de grasas en la industria químico-farmacéutica española [1944-1949]

PRODUCCION EN TONELADAS						
A Ñ O	ACEITE DE LINAZA	ACEITE DE RICINO	ESTEARINA	OLEINA	GLICERINA	
					Bidestilada	Tipo dinamitada
1944.....	1.487	1.069	178	230	454	299
1945.....	4.645	1.195	494	650	277	558
1946.....	386	504	342	450	194	719
1947.....	2.060	121	1.824	2.400	420	628
1948.....	1.900	219	1.062	1.412	243	485
1949.....	1.400	60	311	468	485	530

(\*) Cifras rectificadas.

Fuente: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXV. 1950.* [Madrid Presidencia del Gobierno], 1951 (cf. pág. 282).



Tabla XXI.3. Producción de la industria químico-farmacéutica española [1944-1945]

S U B S T A N C I A	A Ñ O S	
	1 9 4 4	1 9 4 5
	Toneladas	
Acetona.....	217	209,5
Acido acético.....	806,9	671,9
— clorhídrico.....	10 879,9	10 816,7
Aguarrás.....	7 600	8 900
Anhídrido arsenioso.....	236	243,8
Carbonato sódico.....	61 105,6	58 025,4
Clorato potásico.....	407,5	409,7
— sódico.....	444	444,2
Cloro.....	1 493,1	1 783,9
Colofonia.....	31 525	32 825
Formol.....	571,6	749,6
Hidrosulfito sódico.....	285,1	368,6
Hipoclorito de cal.....	13 215,4	11 912,6
— de sosa.....	862	1 093
Potasa cáustica 50 por 100.....	276,8	343,5
Sulfuro de carbono.....	8 089,7	7 432
— sódico.....	1 213,4	1 956,6
Tetracloruro de carbono.....	155,9	17,1
Tricloretileno.....	1 133,6	788,2

Fuente: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario Estadístico de España. Año XXII. 1946-1947*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 1948. 2 vols. (cf. vol. 1, pág. 726).

En febrero de 1946, a través del *Boletín de Información...* del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España se informó, a los directores técnicos de los laboratorios farmacéuticos y a los propietarios de registros de medicamentos, de la obligación de remitir a la Inspección General de Farmacia una relación de los productos autorizados con anterioridad al 9 de febrero de 1924 que se continuaran elaborando; en esta información debía constar el nombre del medicamento, el número de registro, la fecha del registro y el nombre del propietario o del laboratorio donde se elaborase. En el caso de no recibir esta información en el plazo de un mes, se propondría la anulación del expediente<sup>637</sup>.

<sup>637</sup> DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD. "Registros Farmacéuticos". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de España*, 44: 37. Madrid, 1946.

Para regular la importación de materias primas e intermediarias, destinadas a esta industria químico farmacéutica, se publicó la Orden de 24 de julio de 1947 (*BOE* de 3 de agosto), en ella se puede apreciar la elevadísima burocracia del periodo. En su artículo primero se encarga a la Subsecretaria de Economía Exterior y Comercio la fijación del contingente en divisas que pudiera destinarse a la importación de materias primas e intermediarias para la industria químico-farmacéutica, determinando, asimismo, el periodo en que debiera utilizarse el expresado contingente. En su artículo tercero, norma cuarta, se establece un plazo de quince días, contados a partir de la fecha de su publicación, dentro del cual las fábricas y laboratorios de productos de síntesis básicos para la elaboración de medicamentos de fabricación industrial, debían remitir declaración jurada de las necesidades anuales de primeras materias de importación, con expresión de cantidades e importes aproximados en pesetas, indicando el número de obreros, empleados y técnicos que ocupan y la cantidad de productos básicos que pueden fabricar por año, trabajando en turnos de ocho horas.

Francisco Franco remodeló su Gobierno en 1951, el almirante Luis Carrero Blanco fue nombrado Ministro de Presidencia, en Asuntos Exteriores se mantuvo a Alberto Martín Artajo. El nuevo Gobierno de 1951 tendría como objetivo principal mejorar las relaciones internacionales del Régimen y cambiar la situación provocada por el excesivo intervencionismo; por ello, entre las medidas que adoptó, se fomentó el comercio exterior. Como Ministro de Comercio se nombró a Manuel Arburua, «famoso por la facilidad con que otorgaba licencias de importación a sus selectos amigos»<sup>638</sup>. Las relaciones diplomáticas del Régimen mejoraron, aunque sólo ligeramente; en abril de 1951 se firmó el tratado de París por el que se constituía la Comunidad del Carbón y el Acero y España no participó en ella.

El crecimiento económico supuso una tasa media anual de aumento, en términos reales alcanzó el 6,7% entre 1951 y 1957, tasa superior a la de la mayoría de los países europeos en ese periodo, aunque, evidentemente, no se partía de situaciones similares. El comercio exterior se multiplicó por diez, aún así, hasta 1954 la renta per cápita no igualó a la existente antes de la guerra española<sup>639</sup>.

---

<sup>638</sup> Raimond CARR. *España 1808-2008*. Barcelona: Editorial Ariel, 2009 (cf. pág. 590).

<sup>639</sup> Juan Carlos PEREIRA. *La política exterior de España 1800-2003*. Barcelona: Editorial Ariel Historia, 2009 (cf. pág. 142).

Al inicio del nuevo periodo se renueva la Jefatura Nacional del Sindicato de Industrias Químicas y a su frente se nombra a un farmacéutico, el falangista Alberto García Ortiz<sup>640</sup>. Toda la carrera de este farmacéutico había estado unida al falangismo y a su sindicato: ingreso en las JONS en 1931, fue socio fundador del Sindicato Español Universitario, por lo que se le designa como un “hombre de la gloriosa quinta del SEU”; fue combatiente en la guerra española bajo banderas de Falange Española; se le nombró Comandante honorario de la Farmacia militar, Jefe de los servicios químico-farmacéuticos de la Delegación Nacional de Auxilio Social y Procurador en Cortes. Formó parte de la delegación oficial española en la XIV Asamblea de la Federación Internacional de Farmacia de Roma y, posteriormente, en el II Congreso Panamericano de Farmacia, celebrado en Lima<sup>641</sup>.

Al final de esta etapa del Régimen de Franco, el Gobierno formado en febrero de 1957 apostó por una política liberalizadora, conocida como ‘neocapitalismo’<sup>642</sup>. Los falangistas y propagandistas católicos perdieron posiciones a favor de los tecnócratas del *Opus Dei*, estrechamente conectados con el mundo financiero: Laureano López Rodó, muy unido a Luis Carrero Blanco, es nombrado Secretario General Técnico de la Presidencia de Gobierno, para ocupar la Cartera de Trabajo se elige a Fermín Sanz-Orrío y Sanz, en Hacienda a Mariano Navarro Rubio y en Comercio a Alberto Ullastres Calvo. El nuevo proyecto político tenía por objeto ‘modernizar’ España, desde una vertiente económica, pero sin modificar la política autoritaria. El Gobierno puso en marcha una serie de medidas: suprimió el sistema de cambios múltiples en el comercio exterior y devaluó la peseta. Después de una fuerte deflación y una liberalización de los salarios, la productividad y los niveles de vida se elevaron<sup>643</sup>, aumentó la presión fiscal y se estableció un sistema más flexible de las relaciones laborales, basadas en la Ley de convenios

<sup>640</sup> Alberto García Ortiz (1916-2005), falangista de la ‘vieja guardia’, fue presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; ejerció como inspector farmacéutico municipal, director técnico de los laboratorios *Made* y, desde 1956, tuvo farmacia abierta en Madrid. Cesó en su cargo de presidente del Sindicato Nacional de Industrias Químicas por Decreto de 3 de febrero de 1970 (BOE, 4-II-1970), y se le nombró Vicesecretario Nacional de Obras Sindicales de la Organización Sindical, por Decreto de 2 de febrero de 1970 (BOE, 4-II-1970). Tuvo nombramiento de Capitán Farmacéutico honorífico, fue académico correspondiente de la Real Academia de Farmacia y estaba en posesión de la Gran Cruz de la Orden Civil de Sanidad y de la Encomienda de la Orden de Alfonso X el Sabio (María del Carmen FRANCÉS CAUSAPÉ. “Necrología [Alberto García Ortiz]”. *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia*, 71(1): 266. Madrid, 2005).

<sup>641</sup> [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. “Don Alberto García Ortiz nuevo Jefe nacional del Sindicato de Industrias Químicas”. *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 94: 35. Madrid, 1952.

<sup>642</sup> Raimond CARR. *España 1808-2008*. Barcelona: Editorial Ariel, 2009 (cf. pág. 599).

<sup>643</sup> Raimond CARR. *Op. cit. ut supra*, cf. pág. 599.

colectivos (1958). España ingresa en la ONU en 1955 y en organismos de ella dependientes, Fondo Monetario Internacional y Banco Mundial, en 1958. También se incorpora a la Organización Europea para la Cooperación Económica (OECE), como país asociado, en 1958. El cambio culminó el 21 de julio de 1959, con la publicación del Decreto-Ley de nueva ordenación económica, conocido como Plan de Estabilización y de Liberalización Económica.

## 6.2. La fabricación y comercialización en España de las penicilinas: primeros registros sanitarios

Para valorar la relación del *Petitorio...* de la prestación farmacéutica del Seguro, con la industria farmacéutica, en concreto con las penicilinas, conviene efectuar un estudio histórico sobre el origen de la comercialización y fabricación de este medicamento en España<sup>644</sup>.

Los primeros pacientes españoles a los que se trató con penicilina fueron dos: la niña madrileña Amparito Peinado<sup>645</sup> y un paciente de La Coruña, ambos sufrían septicemia que no respondía a otros tratamientos; ambos recibieron las primeras dosis el día 10 de marzo de 1944. Estos primeros tratamientos fueron muy populares, sobretudo el de la niña, pues durante varios días se publicó en la prensa su evolución, incluida la petición de penicilina que hizo su padre al ministro plenipotenciario de Brasil, Méndez Gonçalves<sup>646</sup>. El Gobierno de Brasil tuvo una respuesta rápida, remitiendo las ampollas necesarias desde el Instituto Osvaldo Cruz, por vía aérea, con las instrucciones para la conservación y aplicación de los inyectables: debían mantenerse entre hielo y suministrarse cada seis horas. El paciente de La Coruña recibió la penicilina desde Gibraltar, donde había llegado desde un puerto africano (Argel u Orán) ocupado por los

---

<sup>644</sup> Datos complementarios en Raúl RODRÍGUEZ NOZAL. “¿Fortuna o desdicha? La entrada de la penicilina en la España de la autarquía, un nuevo desafío para la farmacia y la industria farmacéutica”. En: Antonio González Bueno, Guillermina López Andújar, María Dolores Cabezas López, Carmen Martín Martín, Juan Esteva de Sagrera (eds.). *Homenaje al Prof. Dr. José Luis Valverde*: 515-550. Granada: SDUHFE / Universidad de Granada, 2011.

<sup>645</sup> *La Vanguardia Española*, 12-III-1944 (cf. pág. 1). La noticia tuvo tal relevancia que incluso sirvió para plantear las posibilidades del futuro del transporte aéreo: «Un hecho vivo de estos días ha puesto sobre el tapete, mejor que cualquier otra aseveración, la importancia de las ligazones y de la celeridad que suponen los servicios aéreos de nuestro continente con los pueblos de ultramar. / En cinco días, entre itinerarios de vuelo y tramos de ferrocarril, la dosis de la maravilla farmacéutica llamada ‘penicilina’ donada por el gobierno de Brasil, para atender un caso clínico en Madrid ha llegado a su destino». *La Vanguardia Española*, 9-IV-1944 (cf. pág. 6).

<sup>646</sup> *La Vanguardia Española*, 3-III-1944 (cf. pág. 3).

aliados; la primera aplicación de la penicilina, en este caso, la suministró el médico Rafael Fernández Obanza, con una dosis de 40.000 unidades.

A partir de la conferencia que pronunció el farmacéutico Manuel González Jáuregui, el 17 de mayo de 1944, en los locales de la Real Academia de Farmacia, se puede hacer un análisis resumido de la situación de la penicilina en aquel año y sobre la previsión de su aplicación terapéutica; la conferencia se tituló “La penicilina. Estado actual de este problema”<sup>647</sup>:

- La documentación científica publicada en lengua española es bastante escasa y fragmentaria, derivado de las dificultades para la difusión de la prensa internacional por el conflicto internacional.

- Todavía no se ha obtenido la fórmula de la penicilina; parece que ya ha sido obtenida en forma cristalizada en Cincinatti, por Altensere [sic].

- Al igual que las sulfamidas, priva a los microorganismos de algunos de sus metabolitos esenciales para su desarrollo; el p-amino-benceno-sulfonamida impide el desarrollo de las bacterias porque les priva del ácido p-amino-benzoico.

- Es muy eficaz frente al estafilococo, estreptococo, pneumococo, bacilus antracis y gran número de bacterias gram positivas y algunas gram negativas (gonococo, meningococo etc.), aunque se muestra ineficaz contra tuberculosis, influenza y sífilis.

- La experiencia clínica es ya muy numerosa en Inglaterra y Estados Unidos, a pesar de los escasos rendimientos de su producción, casi toda la obtenida se destina a la sanidad militar.

- La vía de administración ha sido muy variada: intramuscular, subcutanea, endovenosa, en pleura, pericardio, articulaciones, espacio subaracnoideo, infusión continua gota a gota o inyecciones espaciadas.

- Porcentajes de curación: septicemia por estafilococos aureus (60%), en estafilococias sin septicemia mejoran los resultados; meningitis por pneumococos (30%); blenorragia, de 129 casos curaron 125

- Puede resumirse como un poderoso recurso terapéutico pero, dadas las dificultades para obtenerla, purificarla y conservarla, no puede generalizarse su utilización; a lo que se añade su escaso rendimiento de producción.

---

<sup>647</sup> [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. “Real Academia de Farmacia. Conferencia [de Manuel González Jáuregui]”. *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 25: 18-21. Madrid, 1944.

- En Estados Unidos y en Inglaterra se están construyendo edificios especiales destinados a la producción industrial de penicilina, que reciben el apoyo económico del Estado y de fundaciones filantrópicas, como la Rockefeller; señala que son dieciséis los laboratorios industriales dedicados, en Norteamérica, a la preparación de la penicilina, destinada la mayor parte a la guerra y a experimentación en algunos hospitales civiles. Por ello «si los laboratorios españoles no la producen hasta la fecha para el mercado nacional, no se debe a desidia ni a ignorancia, sino a las dificultades reseñadas»; pese a lo cual señala que el mayor problema de su síntesis parece pronto a solventarse, al obtenerse en forma cristalizada.

Mientras que en España se comenzaba a difundir su poder terapéutico, y se aplicaba en algunos casos aislados, en EE.UU. ya se producía penicilina a gran escala desde 1943<sup>648</sup>; en mayo de 1945, el *Boletín de Información...* del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos se hacía eco de un artículo publicado en la prensa profesional norteamericana donde se afirmaba:

«Casi tan maravillosa como las propiedades casi milagrosas de la penicilina es la rapidez increíble con que se ha llevado a cabo el programa de producción.

La primera fábrica del mundo en principiar su manufactura en gran escala ha sido la Comercial Solvent Corp., de Terre Haute, Indiana, EE.UU. (...) durante el mes de mayo de 1944 se produjeron mas de 100.000 millones de unidades, en comparación con 43.000 millones durante todo el año de 1943»<sup>649</sup>.

En mayo de 1945, el *Boletín de Información...* del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España publica datos trascendentales de la penicilina, recogidos en la publicación *Notas de LEFA*, resaltando su potencia terapéutica y definiéndolo como un descubrimiento que marca una nueva etapa en el tratamiento de las enfermedades:

«La meningitis por neumococos, hasta ahora de pronóstico fatal, cura en proporción del 90 por 100 de los casos por inyecciones intrarraquídeas de Penicilina de 20 a 60.000 unidades, asociadas a inyecciones intramusculares, durante cuatro o cinco días. La curación clínica se obtiene ya a la segunda o

---

<sup>648</sup> La producción en los Estados Unidos de América se había multiplicado gracias al nuevo método aplicado, denominado «cultivo en masa», que consistía en una fermentación profunda en grandes depósitos, en vez del cultivo en superficie. Con la nueva técnica, en 1944 se esperaba alcanzar una producción mucho mayor de 200.000 millones de unidades por mes. También Inglaterra estudiaba la forma de implantar este método, asesorado por EE.UU. (*La Vanguardia Española*, 18-X-1944, cf. pág. 6).

<sup>649</sup> R. CALLAHAM. «La fabricación de penicilina en América [Extracto de un trabajo de R. Callahan en 'El Farmacéutico', de Nueva York]. *Boletín Informativo - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 35: 24-28. Madrid, 1945.

tercera inyección, observándose una desaparición de los gérmenes y una caída vertical de la leucocitosis en el líquido cefalorraquídeo.

La mayoría de las infecciones graves por estreptococos ceden a la sulfamidoterapia, especialmente al sulfotiazol y a la sulfadiazina, sin necesidad de recurrir a la penicilina. No obstante hay casos en que esta curación no tiene lugar y se hace preciso recurrir a esta última sustancia tras el fracaso de las primeras, lo cual sienta un peor pronóstico y una mas dudosa eficacia de acción. A pesar de todo, hay publicaciones de casos tratados en estas condiciones que demuestran el poderoso efecto terapéutico de la penicilina. Tal es el caso de la enferma Gennesu Cournot, afecta de septicemia puerperal sulfamido-resistente, con anemia inferior a 1.000.000 de hematíes, curada por una inyección única y masiva de 300.000 unidades en perfusión lenta intravenosa (...)

Ha suprimido casi por completo en la contienda actual la infección de las heridas, y la gangrena gaseosa no debe ser ya en los ejércitos sino un hecho histórico (...)

Se revela la potencia terapéutica y el porvenir de la penicilina, nuevo agente bacteriostático cuya acción sobrepasa a la obtenida con las sulfamidas y cuyo descubrimiento ha marcado una nueva etapa en la historia del tratamiento de las enfermedades»<sup>650</sup>.

Al mes siguiente, el mismo *Boletín de Información...* publica una fotografía de la fabricación en EE.UU., con el objetivo de favorecer la iniciativa de los farmacéuticos españoles para iniciar la fabricación, apoyada por el sector financiero:

«Para dar una idea de los elementos que se necesitan para la producción de penicilina pura, cristalizada, atóxica, libre de sustancias pirogénicas y lista para todas las aplicaciones terapéuticas, que es específicamente formada por *Penicillium notatum* y no por ninguno de sus próximos parientes, que son fáciles de lograr y aislar, empezamos por publicar esta fotografía de los Estados Unidos de América, ante la cual nos debemos sentir estimulados para que la producción, científica e inmediatamente útil de Penicilina, comparable a la mejor del extranjero, pueda ser un hecho en nuestra patria, en donde los farmacéuticos, de tan arraigada tradición botánica, están capacitados para esta y mas grandes empresas, si el capital les da los elementos necesarios para desarrollar sus técnicas»<sup>651</sup>.

En Gran Bretaña, en 1953, se publican los datos sobre la evolución de la exportación de penicilina entre los años 1947 y 1951; ese periodo supuso un aumento del 600 por 100. La penicilina era el principal antibiótico que se producía y usaba en ese país, una gran parte de la producción se dedicaba a la exportación:

---

<sup>650</sup> [LABORATORIOS LEFA]. "La penicilina. Revista general". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 35: 8-17. Madrid, 1945.

<sup>651</sup> [ASOCIACIÓN DE LA PRENSA MÉDICA]. "Nuevos métodos de purificación y aplicación de la penicilina. Publicado en Farmacoterapia Actual". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 36: 6-9. Madrid, 1945.

«En 1947, el valor de las exportaciones de penicilina fue de 1.000.000 de libras esterlinas; en 1948, de 2.100.000; en 1949, de 2.700.000; en 1950, de 3.800.000, y en 1951, de 6.800.000»<sup>652</sup>.

### *La penicilina en España: desde la importación a la fabricación*

Las primeras remesas de penicilina llegaron a España el 20 de septiembre de 1944, según se desprende de la información hemorográfica<sup>653</sup>; como ya dejamos indicado, hasta esta fecha la penicilina conocida estaba destinada a unos pocos casos concretos. Ese 20 de septiembre, procedente de Estados Unidos, vía Lisboa, se recibía en el aeropuerto de Barajas, el primero de una serie de envíos de penicilina, para su distribución en España. Estos envíos eran fruto de un convenio entre la embajada de EE.UU. y los Ministerios de la Gobernación y de Industria y Comercio. El acuerdo contenía la forma de distribución, a través de las organizaciones sanitarias, que debía regularse por una comisión técnica nombrada por el Consejo Nacional de Sanidad. Esta Comisión estaba presidida por el médico Carlos Jiménez Díaz y formaban parte de ella el bacteriólogo Gerardo Clavero del Campo, el farmacéutico Nazario Díaz López y el dermatólogo Enrique Álvarez Sáinz de Aja.

Mes y medio después de «recibidas las primeras partidas del medicamento denominado 'penicilina'» se publicó la Orden de 4 de noviembre de 1944 (BOE, 8-XI-1944), del Ministerio de la Gobernación, en la que se establecían normas para su uso, aunque se consideraban provisionales «en tanto no se disponga de tal medicamento en cantidades suficientes para que su utilización pueda hacerse con la libertad conveniente». El extracto de esta norma es el siguiente:

- La importación, fabricación, distribución y empleo de la penicilina debía ser intervenido y regulado por el Comité Nacional de la Penicilina, adscrito al Consejo Nacional de Sanidad.
- El Comité debía acordar la aplicación de la penicilina atendiendo al orden establecido en la lista de enfermedades, confeccionada por el Comité de Quimioterapia del Consejo Nacional de Investigaciones de los EE.UU.
- La fijación del precio del medicamento competía al Comité Nacional de Penicilina

---

<sup>652</sup> [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. "La producción de penicilina en Inglaterra". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 99: 18. Madrid, 1953.

<sup>653</sup> *La Vanguardia Española*, 21-IX-1944 (cf. pág. 1).



- El procedimiento de solicitud de autorización lo debían iniciar los familiares del enfermo; a la solicitud tendrían que acompañar la historia clínica, suscrita por el médico, y cuantos análisis se hubieran realizado para identificar el germen causante de la enfermedad. Los mismos requisitos los debía cumplir una institución hospitalaria.

- El empleo del medicamento debía ser permanentemente vigilado por el Comité Nacional de Penicilina, en Madrid, y por los Jefes provinciales de Sanidad, en el resto de España. Incluso podían realizar inspecciones en el domicilio del enfermo.

- Los médicos debían enviar al Comité Nacional de Penicilina un informe diario sobre la marcha de la enfermedad, dosis suministradas y tiempo de su aplicación.

Este procedimiento para solicitar el empleo de penicilina, que se iniciaría a solicitud de los familiares del enfermo, era prácticamente imposible llevarlo a término por muchas familias españolas si se tiene en cuenta el índice de analfabetismo de la época, por lo que proliferaron gestorías que efectuaban los trámites de «gestión y entrega rápida» de la penicilina<sup>654</sup>.

En las reuniones del Consejo de Sanidad Nacional de estos años se debatió el problema del abastecimiento de penicilina en toda la Península; la prensa diaria se hace eco de las sesiones celebradas los días 18 de noviembre de 1944<sup>655</sup>, 31 de julio de 1945<sup>656</sup> y 3 de octubre de 1945<sup>657</sup>. Mientras tanto, en EE.UU. se había alcanzado una producción de 290.000 millones de unidades en el mes de diciembre de ese año de 1944<sup>658</sup>.

El 29 de abril de 1945 la prensa española informaba de la llegada, el día anterior, de otro cargamento de penicilina a España, esta vez era de veinte kilos:

«Lisboa 28, 12 noche. En el avión de la Iberia han sido trasladados hoy a Madrid veinte kilogramos de penicilina, recién llegados de América con destino a España»<sup>659</sup>.

---

<sup>654</sup> *La Vanguardia Española*, 9-IX-1945 (cf. pág. 7).

<sup>655</sup> *La Vanguardia Española*, 9-XI-1944 (cf. pág. 6).

<sup>656</sup> *La Vanguardia Española*, 31-VII-1945 (cf. pág. 4).

<sup>657</sup> *La Vanguardia Española*, 4-X-1945 (cf. pág. 2).

<sup>658</sup> *La Vanguardia Española*, 4-I-1945 (cf. pág. 6).

<sup>659</sup> *ABC*, 29-IV-1945 (cf. pág. 35).

Dos meses después, se informaba de la llegada de una nueva remesa, de peso similar. El 29 de junio de 1945 llegaron a España 21 kilos de penicilina procedentes de Río de Janeiro:

«Lisboa 28.- En el “Clipper”, y en tránsito para España, llegaron 21 kilogramos de penicilina, procedentes de Río de Janeiro»<sup>660</sup>.

Los días 3 y 4 de julio de 1945 el Director general de Sanidad, José Alberto Palanca Martínez-Fortún, en unas declaraciones efectuadas a la prensa, con el fin de trasladar a la población la idea de una gestión adecuada, afirmó que Estados Unidos estaba enviando la penicilina que se le pedía y que ya se estaban realizando ensayos en España para efectuar la producción en el país:

«Acerca de los envíos de penicilina a España, dijo que los Estados Unidos nos envían todo lo que se les pide y que prosiguen en Barcelona, Madrid y otras ciudades los ensayos para producir este medicamento en España; ensayos que han dado resultados muy esperanzadores»<sup>661</sup>.

De acuerdo con los datos conservados en el Archivo histórico de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, la primera penicilina recogida en el Registro oficial de Sanidad es la registrada por los *Laboratorios Sociedad General de Farmacia S.A.*, el 22 de mayo de 1945, en la forma farmacéutica de inyectable; fue *Penicilina OM* (inyectable) y lleva el número de registro 6.479.

Los *Laboratorios Sociedad General de Farmacia S.A.* tenían su sede en Esplugues (Barcelona), en el número 99 de la calle José Anselmo Clavé; estaban registrados en la Dirección General de Sanidad con el número 1.433. Sin embargo, la especialidad se denominó *Penicilina OM*, dando a entender que se trataba de penicilina de los *Laboratorios OM* de Meyrin-Ginebra (Suiza) que, en cumplimiento de la normativa española, debía comercializarse por laboratorios españoles<sup>662</sup>.

Aunque los *Laboratorios OM* tenían su sede en Suiza, en zona neutral, su fábrica más importante se ubicaba en Alemania, eran los laboratorios *Deutsche OM Arzneimittel*, de Friedrichsdorf-Alemania. Esta comercialización estaba en consonancia con la política, aún germanófila, del Régimen franquista.

---

<sup>660</sup> ABC, 29-VI-1945 (cf. pág. 8); *La Vanguardia Española*, 29-VI-1945 (cf. pág. 7).

<sup>661</sup> ABC, 4-VII-1945 (cf. pág. 9).

<sup>662</sup> Desde 1998, los *Laboratorios OM* pasaron a denominarse *Laboratorio OM Pharma*; en la actualidad, tienen una sede española en el número 19 de la calle Tuset, en Barcelona.

En ese año 1945 se registraron en la Dirección General de Sanidad otras penicilinas; de acuerdo con los datos conservados en el Registro de medicamentos de fabricación industrial, conservados en el Archivo histórico de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, a la *Sociedad General de Farmacia S.A.*, le siguieron dos laboratorios más: el *Laboratorio Experimental de Terapéutica* (LETI) y el *Instituto de Biología y Sueroterapia* (IBYS), quienes registraron penicilinas en las formas farmacéuticas de pomadas e inyectables de uso externo.

Tabla XXII. Penicilinas registradas en España durante 1945			
Medicamento	Registro de Sanidad	Fecha del registro	Laboratorio
Penicilina OM (inyectable)	6.479	22-V-1945	Laboratorios Sociedad General de Farmacia S.A.
Pomada de penicilina Leti	6.990	26-VII-1945	Laboratorio Experimental de Terapéutica (LETI)
Micoína (pomada)	6.964	3-IX-1945	Instituto de Biología y Sueroterapia (IBYS)
Micoína penicilina bruta normal (inyectable de uso externo)	7.007	14-IX-1945	Instituto de Biología y Sueroterapia IBYS
Micoína líquido (inyectable de uso externo)	7.006	21-XII-1945	Instituto de Biología y Sueroterapia IBYS
Fuente: Archivo histórico de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Registro oficial de medicamentos. Dirección General de Sanidad, s/c.			

El 25 de agosto de 1945 se informaba de la llegada de una nueva remesa de penicilina, esta vez de 282 kilogramos, en un avión de la compañía *Iberia*<sup>663</sup>. En esta misma fecha se suspendían las restricciones de penicilina en Estados Unidos, por la Junta de Producción de Guerra<sup>664</sup>. Lo cierto es que las partidas disponibles de penicilina no eran aún suficientes para abarcar la demanda nacional, situación que se agravaba por la complicada e ineficiente gestión de la solicitud del medicamento; con lo que el acceso a la

<sup>663</sup> *La Vanguardia Española*, 25-VIII-1945 (cf. pág. 8).

<sup>664</sup> *La Vanguardia Española*, 26-VIII-1945 (cf. pág. 8).

penicilina de la población, en condiciones de igualdad, era imposible. En una entrevista realizada al secretario del Comité Nacional de Penicilina, éste indicaba que el coste de un tratamiento completo podía ascender a trescientas pesetas, y que cada ampolla tenía un coste entre veintitrés y treinta pesetas; además indicó que se estaba adquiriendo a diez de las veinte casas productoras del medicamento en Norteamérica<sup>665</sup>.

El 15 de septiembre de 1945 la prensa española recogió la llegada de 58 kilos de penicilina:

«Mas penicilina para España. Lisboa 14.- En el avión de la Iberia han salido para España cincuenta y ocho kilos de penicilina»<sup>666</sup>.

En ese mismo mes de septiembre, el día 26, se suministró, en Orense, la primera dosis de penicilina con cargo al seguro obligatorio de enfermedad; la prensa publicó el nombre de la beneficiaria, Carmen Agón, y el del titular del Seguro, Severiano Fernández<sup>667</sup>. El mismo día 26 de septiembre, Londres informó que se acababa de conceder el premio Nobel a Fleming<sup>668</sup>.

El 25 de octubre de 1945 la prensa comunicó la llegada de 114 kilos, con previsión de aumentar las partidas hasta los 650 kilos<sup>669</sup>:

«Lisboa 25, 2 madrugada.- Hoy han sido enviados a España, en el avión correo de la Iberia, 114 kilos de penicilina. Esta cantidad forma parte del cargamento de 650 kilos de dicho producto, llegado recientemente de América del Norte a bordo del "Clipper"»<sup>670</sup>.

Dos días después, el 27 de octubre de 1945, llegó un cargamento de 400 kilos más:

---

<sup>665</sup> *La Vanguardia Española*, 22-IX-1945 (cf. pág. 2).

<sup>666</sup> ABC, 15-IX-1945 (cf. pág. 9).

<sup>667</sup> *La Vanguardia Española*, 26-IX-1945 (cf. pág. 2).

<sup>668</sup> Según recoge la prensa de la época, Alexander Fleming exclamó al conocer la noticia: «Es muy agradable recibir tal premio, que constituye un honor que todo el mundo desea» (*La Vanguardia Española*, 27-X-1945; cf. pág. 7).

<sup>669</sup> Un día antes, el 24 de octubre de 1945, la prensa informaba de la llegada a Tenerife de un avión que transportaba penicilina destinada al tratamiento de una enfermedad del Gobernador Militar de Tenerife, el general José María del Campo Tabernilla. La penicilina se traía expresamente desde Casablanca, y era remitida por el mando militar de Estados Unidos en el Norte de África, además, en el mismo avión, se desplazó el capitán médico norteamericano, Hilfera (*La Vanguardia Española*, 24-X-1945; cf. pág. 3).

<sup>670</sup> ABC, 25-X-1945 (cf. pág. 24); *La Vanguardia Española*, 25-X-1945 (cf. pág. 8).

«Lisboa 26, 6 de la tarde.- en el avión de la Iberia han sido transportados a España 400 kilos más de penicilina. El cargamento llegó de Norteamérica en el “Clipper»<sup>671</sup>.

En noviembre de 1945, la Dirección General de Sanidad designó al Jefe provincial de Sanidad para asumir las funciones del Comité Nacional de Penicilina en la provincia de Barcelona, con objeto de distribuir el antibiótico contenido en mil ampollas, cada una de ellas con 100.000 unidades Oxford. El Jefe provincial decidió compartir la responsabilidad creando una ‘Comisión de decisión’ formada por el Decano de la Facultad de Medicina, el Presidente del Colegio de Médicos, el director del Hospital de Infecciosos y el de la Santa Cruz y San Pablo<sup>672</sup>. En concreto, se trataba de que ante una solicitud de penicilina, si el Jefe de Sanidad provincial consideraba que se ajustaba a las normas de distribución establecidas, daba la orden de distribución y, de inmediato, el Colegio de Farmacéuticos de Barcelona efectuaba la entrega; pero, si el Jefe de Sanidad provincial consideraba que no cumplía alguno de los requisitos establecidos, trasladaba la solicitud a la ‘Comisión de decisión’, con lo que el Jefe de Sanidad provincial no asumía la responsabilidad de las solicitudes denegadas.

En el *Boletín de Información...* del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España, publicado en noviembre de 1945, se informó de la penicilina que se distribuía al Ejército, a través de la Inspección General de la Farmacia Militar:

«Según nuestras noticias, se ha enviado penicilina a Barcelona, Canarias y Marruecos, para abastecer, dentro de lo posible, y con arreglo a las normas legales establecidas, de tan indispensable medicamento, y por gestiones que han mantenido un franco éxito, se ha hecho un depósito de la misma en la Inspección General de Farmacia Militar para las necesidades de los Ejércitos»<sup>673</sup>.

En 22 de diciembre de 1945 se publicó que había llegado ‘gran cantidad’ de penicilina desde los Estados Unidos a Lisboa con destino a España y, dos días antes, el 20 de diciembre, se publicaba que había salido desde Lisboa un avión para España con 267 kilogramos, destinados al Comité Nacional de Penicilina<sup>674</sup>:

«Lisboa 21.- Ha llegado a esta capital, procedente de Estados Unidos gran cantidad de Penicilina para España.

---

<sup>671</sup> ABC, 27-X-1945 (cf. pág. 17).

<sup>672</sup> *La Vanguardia Española*, 25-XI-1945 (cf. pág. 18).

<sup>673</sup> [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA], “Información del Consejo”. *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 41: 32-34. Madrid, 1945 (cf. pág. 34).

<sup>674</sup> *La Vanguardia Española*, 20-XII-1945 (cf. pág. 6).

Tan pronto como el temporal permita la reanudación de las comunicaciones aéreas será remitida a la capital española»<sup>675</sup>.

El Ministerio de la Gobernación, a partir del día 1 de enero de 1946, decidió distribuir penicilina por correo directamente a los solicitantes, a través de la Inspección General de Farmacia, con un límite de 1.000 gramos por pedido:

«Por el Ministerio de la Gobernación se ha dispuesto que a partir del día 1 de enero los paquetes conteniendo penicilina hasta un peso de 1.000 gramos, pueden cursarse, por correo, con arreglo a las tarifas vigentes, previa unión de la hoja declaratoria del contenido del certificado de la Inspección general de Farmacia que autorice el envío, pudiendo cursarse con carácter de urgente, a solicitud de los remitentes.

Estos paquetes se entregarán en el domicilio de los destinatarios para evitar demoras y obviar con tal determinación las dificultades que se oponían al transporte de aquel medicamento con la rapidez que su mayor eficacia requiere»<sup>676</sup>.

Los *Laboratorios Leti* de Barcelona registraron, el 4 de mayo de 1946, en la Dirección General de Sanidad, un segundo producto que contenía penicilina, con el número de registro 7.855 y la forma farmacéutica inyectable; anunciaban su fábrica como «la única penicilina española»:



Fábrica de Penicilina 'Leti-Uquifa'. Anuncio publicitario.

Colección particular (Madrid)

<sup>675</sup> ABC, 22-XII-1945 (cf. pág. 8); *La Vanguardia Española*, 22-XII-1945 (cf. pág. 11).

<sup>676</sup> ABC, 4-I-1946 (cf. pág. 25); *La Vanguardia Española*, 4-I-1946 (cf. pág. 5).

Ya en el año 1946, las informaciones sobre la llegada de nuevas remesas del antibiótico se iban sucediendo:

«Lisboa 28 [III-1945]. Han sido transportados a Madrid 75 kilogramos de penicilina»<sup>677</sup>.

«Lisboa 9 [V-1945]. Han sido enviadas a España, por vía aérea, 5.000 ampollas de penicilina, con un peso global de 272 kilos»<sup>678</sup>.

El 30 de diciembre de 1946 el Ministro de la Gobernación aprueba una Orden (BOE, 4-I-1947), mediante la cual se autoriza la venta libre de aquellas cantidades de penicilina que no se consideren indispensables para las atenciones de este servicio, tanto en Madrid como en los depósitos instalados en provincias. Esta Orden Ministerial autorizaba la venta de penicilina a través de las farmacias, pues las importaciones seguían aumentando y se preveían excedentes en los almacenes, por lo que las cantidades que se asignaban a las farmacias eran las que se consideraban como ‘excedente de almacén’, de los depósitos instalados en las Jefaturas provinciales de Sanidad. Pero no se abastecía a todas las farmacias abiertas al público, sino que se seleccionaban, previa petición del farmacéutico a la Jefatura provincial de Sanidad, en base a un informe favorable de la Inspección provincial de Farmacia. Y, para dispensar el medicamento, las recetas médicas debían ser previamente selladas por el Colegio de Médicos competente. Por lo que esta venta de ‘penicilina libre’ convivía con la distribución organizada por el Comité Nacional de Penicilina.

Sin embargo, un día antes de la publicación de la Orden del Ministerio de la Gobernación, en enero de 1947, se denuncia en la prensa el farragoso procedimiento que tenía que conocer el ciudadano para conseguir la penicilina. La escasez del medicamento y el complejo procedimiento para su obtención legal, provocaron el desarrollo de un importante mercado negro para adquirir el antibiótico, situación de la que se aprovechaban algunos estafadores<sup>679</sup> y traficantes<sup>680</sup>. Por ello, la venta del medicamento en las farmacias autorizadas, aunque mínima, suponía un avance:

«Está bien la noticia de la Dirección General de Sanidad según la cual parece que ésta ha decidido declarar libre la venta de la penicilina. Porque la

---

<sup>677</sup> *La Vanguardia Española*, 29-III-1946 (cf. pág. 5).

<sup>678</sup> *ABC*, 10-V-1946 (cf. pág. 14).

<sup>679</sup> *La Vanguardia Española*, 20-XII-1944 (cf. pág. 11).

<sup>680</sup> Se habían detenido a estafadores que vendían la penicilina a un precio veinte veces superior a su valor (100.000 unidades a 3.000 pesetas). *La Vanguardia Española*, 30-VIII-1945 (cf. pág. 4).

verdad es que la adquisición de tan importante producto logrado por la ciencia moderna y de casi universal aplicación se antoja algo así como hacerse con un estupefaciente, al punto que no nos hubiese chocado, cualquier día, encontrarnos en los periódicos titulares análogos al que ofrecemos como muestra. “Para la represión del tráfico de penicilina”.

La penicilina es hoy algo así como el mágico ungüento que todo lo curaba, por lo menos en los viejos relatos y consejos.

También esa anunciada libertad tiene la alegría, esperanzada como el color del disco verde que se enciende y que significa “Vía libre”.

No penen, pues, ustedes, doctores y pacientes, por un poco de penicilina. Van a disponer de la que deseen sin tener que recurrir al camarero extraperlista que quiera vendérsela, con la excesiva ganancia, ni al señor que le sobró un poco de la que trajo de América, ni a todo esa maraña, en fin, de intermediarios que hacen, en tantos órdenes de nuestro cotidiano pasar, como clandestinas todas las cosas, incluso las mas naturales»<sup>681</sup>.

La Orden del Ministerio de Gobernación, de 30 de diciembre de 1946 (*BOE*, 4-I-1947), establecía normas tan importantes para la población que la prensa recogió el literal de la disposición:

«La orden del ministerio de la Gobernación que hoy publica el *Boletín Oficial del Estado* sobre venta libre de penicilina, en su parte dispositiva dice:

‘Primero. Por la Dirección General de Sanidad se procederá a autorizar en venta libre aquellas cantidades de penicilina que no se considere indispensable para las atenciones de este Servicio, tanto en Madrid como en los depósitos instalados de provincias.

Segundo. Las farmacias cuyas oficinas reúnan las debidas condiciones para almacenar y dispensar este medicamento y deseen distribuirlo al público, lo solicitarán de las respectivas Jefaturas provinciales de Sanidad, las que, previo informe de la Inspección Provincial de Farmacia, resolverán sobre la petición formulada.

Tercero. Los médicos, cuando se trate de adquirir la penicilina en las farmacias autorizadas libremente para venderla, podrán prescribir este medicamento en las dosis que estimen necesarias, pero el farmacéutico se abstendrá de proceder al despacho sin que previamente las recetas hayan sido selladas y autorizadas con este fin en los Colegios Médicos respectivos. El farmacéutico guardará, debidamente clasificadas por fechas, todas las recetas que despache y en las que se prescriba el medicamento penicilina”.

Por lo que se deduce que el sistema de distribución actual organizado por el Comité Nacional de la Penicilina continuará su funcionamiento con las mismas normas, establecimientos y personal»<sup>682</sup>.

El día 1 de febrero de 1947, el Consejo Nacional de Sanidad, presidido por el Ministro de la Gobernación, Blas Pérez González, decidió que el sistema de distribución a través del Comité Nacional de la Penicilina se extinguiera el día 10 de febrero y que se

---

<sup>681</sup> *ABC*, 3-I-1947 (cf. pág. 13).

<sup>682</sup> *ABC*, 4-I-1947 (cf. pág. 13).



comenzará la venta a través de las oficinas de farmacia autorizadas<sup>683</sup>. La Dirección General de Sanidad dispondría de cantidades de penicilina suficientes para la regulación de las existencias y de los precios, impidiendo ventas fuera del precio fijado oficialmente. En base a esa decisión del Consejo Nacional de Sanidad, los Colegios Oficiales de Farmacéuticos remitieron instrucciones a los farmacéuticos, en febrero de 1947, para la dispensación de la penicilina:

«Instrucciones del Colegio Oficial de farmacéuticos de Madrid: Este Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid y su provincia, cumpliendo órdenes del director general de sanidad, tiene la satisfacción de poner en conocimiento del público que el próximo día 10 del presente mes de febrero empezará en las farmacias autorizadas por las inspecciones provinciales de sanidad correspondientes, a suministrar penicilina (...) en caso de carecer de dicho producto las farmacias en sus horas de guardia, podrán dirigirse los poseedores de recetas selladas, sin necesidad de ningún otro trámite, al despacho de este Colegio tienen establecido en la calle de Leganitos, 45, o en los que haya oficialmente en las provincias respectivas.

Asimismo, los servicios oficiales y la beneficencia serán atendidos exclusivamente en dicho despacho.

Mientras duren las actuales circunstancias, el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid y su provincia tendrán un 'stock' de este producto, cuya existencia será marcada mensualmente por la dirección general de sanidad para así evitar algunas posibles especulaciones (...) Madrid 8 de febrero de 1947 el secretario José Luis Ortega Ortiz; visto bueno, el presidente Gregorio Varela Calvete»<sup>684</sup>.

Al mes siguiente de publicada la Orden que autorizaba la venta de penicilina en las farmacias autorizadas, el día 7 de febrero de 1947, la prensa comunicó la llegada de una importante remesa del producto, desde Gran Bretaña, que trataba de frenar el mercado negro:

«A las dos y cuarto de la tarde llegaron, procedentes de Burdeos, en avión y al aeropuerto de Barajas, 2.834 kilos de penicilina para los españoles, desde su punto de origen, Londres. Con esto esperamos, se evitarán muchas incertidumbres, muchas angustias y cualquier especulación, para lucro propio de los extraperlistas, con el dolor ajeno (...) los necesitados de penicilina no necesitarán mandarla a buscar, de ahora en adelante, a un café, a el 'botones' de un círculo, o a un portal, donde 'indicarán sigilosamente donde la puede proporcionar'. Bastará con ir a la farmacia.<sup>685</sup>

Casi dos años después de publicada la Orden Ministerial por la que se autorizaba la venta de penicilina en las farmacias autorizadas, el Gobierno aprobó el Decreto de 1 de

<sup>683</sup> *La Vanguardia Española*, 2-II-1947 (cf. pág. 4).

<sup>684</sup> *ABC*, 8-II-1947 (cf. pág. 8).

<sup>685</sup> *ABC*, 7-II-1947 (cf. pág. 15).

septiembre de 1948 (*BOE* 6-IX-1948), a propuesta del Ministerio de Industria y Comercio, por el que se declaraba de interés nacional la fabricación de penicilina y se abría un concurso, entre entidades españolas, para llevarla a cabo. De este Decreto se extracta lo más relevante:

- Se declara de interés nacional la industria de fabricación de la penicilina y de otros antibióticos análogos, en aplicación de lo establecido en la Ley de 24 de octubre de 1939 y en el artículo 12 del Decreto de 10 de febrero de 1940.

- Las industrias gozarán de los beneficios especificados en el apartado a) del artículo segundo de la Ley de 24 de octubre de 1939 y de la garantía que establece el artículo octavo de la misma.

- Se abre un concurso entre entidades españolas ya establecidas o que puedan establecerse.

- La capacidad de producción que han de concretar los concursantes queda limitada, para cada uno de ellos, como máximo, al cincuenta por ciento de la que se supone necesaria para atender al mercado español en un futuro próximo, a la que habrá que añadir la destinada a la exportación. Si alcanzasen ese máximo, se les garantiza la imposición, en el mercado español, del cincuenta por ciento del consumo real del mismo en los sucesivos periodos. En los demás casos se guardarán las proporciones correspondientes.

- Los concursantes debían presentar sus propuestas en cuatro meses, desde el día de la publicación en el *BOE*, por lo que el plazo terminaría el cinco de enero de 1949, detallando las siguientes características:

- a) calidad de la penicilina, b) patentes, técnicas a utilizar, copia de los contratos de explotación etc., c) perspectivas y previsiones de fabricación, d) capacidad de producción, como máximo, para una empresa 6 millones de dosis de penicilina de cien mil unidades Oxford por año con destino al consumo interior, añadiéndose la supuesta cantidad destinada a la exportación, e) detalles de los procesos industriales, reservando los secretos de fabricación, procedencia de las materias primas, nacional o extranjera, f) memoria y plano de las instalaciones; previsión de ampliaciones; suministro de energía, agua, etc.; maquinaria e instalaciones y su procedencia nacional o extranjera, en este caso había que precisar el origen, detalle de los materiales para la construcción de la fábrica, descripción de las instalaciones de la fábrica y su utilidad, servicios de carácter social, incluyendo la enseñanza profesional, g) en relación con la anterior, se

presentará un presupuesto de las instalaciones, estructura y maquinaria, h) en relación con las patentes se presentarán estudios de los cánones a pagar y ayudas técnicas, exponiendo las alternativas; debe indicarse si como fórmula de pago para estos servicios podrían aceptarse las que en forma de obligaciones con garantía de intereses y amortización se prevén en el apartado a) del artículo quinto de la Ley de 24 de noviembre de 1939, sobre ordenación y defensa de la industria, i) detalle de las necesidades de personal, detallando el posible extranjero, j) proceso de capitalización; capital y su procedencia, en el caso de que en la proporción autorizada, menor del veinticinco por ciento, participe capital extranjero aportando divisas o utillaje al precio internacional, se detallará su procedencia y los compromisos establecidos en cuanto a las transferencias de dividendos, k) estudio económico: 1) precio máximo de coste y venta en fábrica de los distintos productos, detallando los elementos más importantes que intervienen en el precio. Además se presentará un estudio justificativo de las diferencias de precios de coste y venta en fábrica que pueden deducirse entre el producto de fabricación nacional y el de la fabricación extranjera equivalente, 2) economía en divisas que ha de representar la implantación de estas fábricas, l) emplazamiento y su justificación, m) plazo máximo de puesta en funcionamiento de las instalaciones, n) garantías para el cumplimiento de los compromisos, o) capacidad de absorción para estos productos en el mercado español, p) cualquier otro dato.

- Las propuestas se remitirán, para informe en quince días, al Consejo de Industria, al Consejo Nacional de Sanidad, a la Dirección General de Sanidad y al Sindicato de Industrias Químicas. Estos informes se trasladarían a la Dirección General de Industria, que en otros quince días efectuará un dictamen de propuesta al Ministerio de Industria y Comercio, sin que fuera necesario justificación ante los proponentes. La Resolución definitiva se efectuará por un Decreto del Gobierno, a propuesta del Ministerio de Industria y Comercio.

A los pocos días de publicado ese Decreto, el 10 de septiembre de 1948, ya se empezaba a filtrar en la prensa el interés de «tres grupos financieros y científicos»<sup>686</sup> en la fabricación; según el Director general de Sanidad, José Alberto Palanca Martínez-Fortún, se necesitaban en España 10 millones de frascos de 100.000 unidades, a lo que había que añadir las necesidades para el sector veterinario; sin embargo, por año, se estaban

---

<sup>686</sup> *La Vanguardia Española*, 10-IX-1948 (cf. pág. 2).

importando entre «dos a tres millones de frascos»<sup>687</sup>. Por lo que la escasez del medicamento se derivaba de una insuficiente importación, es decir no se concedían las autorizaciones necesarias para importar la materia prima o la especialidad, para dotar de los productos necesarios a las empresas que comercializaban las especialidades en España. Ese mismo día 10 de septiembre se publicó la declaración de la venta libre de penicilina en varias ciudades: Madrid, Barcelona, Valencia, Santander, Córdoba, Cádiz, Sevilla y Málaga; y, además, se informó que en Barcelona ya existía un pequeño laboratorio que fabricaba penicilina.

El 4 de noviembre de 1948 se publica una Orden del Ministerio de Industria y Comercio (BOE, 6-XI-1948) por la que se aclara el apartado a) del artículo 5º del Decreto de 1 de septiembre de 1948, que convocaba concurso para la fabricación de penicilina, en relación con el producto a obtener. El producto que debía fabricarse era la Bencilpenicilina cristalina, en su sal sódica pura que, con arreglo a los «actuales standard internacionales tiene una actividad de 1.666 U.I.O. por miligramo, bien entendido que se desea un grado de pureza elevado para el producto final y lo mas próximo posible a la cifra señalada, debiendo los concursantes detallar las características de las distintas sales a fabricar, así como los restantes pormenores que se exigen en el texto del mencionado apartado».

El presidente de la Delegación de la Cámara de Comercio Americana en España, Walter Smith, el 22 de diciembre de 1948, declaró que existían instrucciones de los Gobiernos español y americano para intensificar las relaciones comerciales entre ambos países:

«Expresó su optimismo ante las posibilidades que ofrece el año próximo y que se traducirán en hechos satisfactorios para ambos países. Tanto la Cámara de Comercio Americana en Madrid como la de Washington, han recibido, según dijo, instrucciones para preparar la intensificación de relaciones comerciales entre España y los Estados Unidos»<sup>688</sup>.

En el mismo sentido se produjeron las declaraciones del Presidente de la Junta de la Cámara de Comercio americana, Mac Klein, realizadas dos meses después, en febrero de 1949, ante el Encargado de Negocios de los Estados Unidos, Culbertson, aunque subrayó, como novedad, que se estaban aprobando nuevas disposiciones del Gobierno español que facilitaban la importación de productos americanos:

---

<sup>687</sup> *La Vanguardia Española*, 10-IX-1948 (cf. pág. 2).

<sup>688</sup> *ABC*, 23-XII-1948 (cf. pág. 26).

«Dijo que las recientes disposiciones del gobierno español estableciendo cambios especiales para la importación de productos americanos constituía un primer paso en el encauzamiento de la normalidad en el intercambio comercial entre los dos países»<sup>689</sup>.

En el verano de ese año de 1949 se resuelve el concurso para la fabricación de la penicilina y se aprueban por el Gobierno dos decretos, a propuesta del Ministro de Industria y Comercio, Juan Antonio Suanzes y Fernández, uno para cada una de las empresas autorizadas, acompañados de sendas Órdenes complementarias:

- Decreto de 17 de junio de 1949 (*BOE*, 11-VIII-1949) por el que se resuelve el concurso convocado por Decreto de 1 de septiembre de 1948 para fabricar penicilina en España, a favor de la proposición presentada conjuntamente por «Consortio Químico español, SA y Banco Urquijo, SA».

- Decreto de 17 de junio de 1949 (*BOE*, 11-VIII-1949) por el que se resuelve el concurso convocado por Decreto de 1 de septiembre de 1948 para fabricar penicilina en España, a favor de la proposición presentada por «Industria Española de Antibióticos, SA».

- Orden de 28 de julio de 1949 (*BOE*, 11-VIII-1949), complementaria del Decreto de 17 de junio de 1949, por el que se resuelve el concurso para fabricar penicilina en España, a favor de la proposición presentada conjuntamente por «Consortio Químico Español SA y Banco Urquijo SA».

- Orden de 28 de julio de 1949 (*BOE*, 11-VIII-1949), complementaria del Decreto de 17 de junio de 1949, por el que se resuelve el concurso para fabricar penicilina en España, a favor de la proposición presentada por «Industria Española de Antibióticos SA».

En el primer Decreto se aceptaba la proposición presentada, conjuntamente, por las sociedades «Consortio Químico español, SA y Banco Urquijo, SA» y, en consecuencia, se autorizaba a la empresa que deberían de constituir con la finalidad de producir penicilina, para instalar una fábrica en España, de acuerdo con las siguientes estipulaciones, establecidas en el Decreto y en su Orden complementaria:

- La concesión se declara incluida entre las industrias de interés nacional.
- Dicha industria gozará de los siguientes beneficios: derecho de expropiación forzosa de los terrenos necesarios para la instalación de las fábricas y dependencias anejas, apeaderos ferroviarios, etc.

---

<sup>689</sup> *ABC*, 5-II-1949 (cf. pág. 13).

- Garantía de imposición al mercado nacional, durante el periodo de quince años, del cincuenta por ciento del consumo real, con las condiciones establecidas en el artículo cuarto del decreto y en la Orden Ministerial complementaria.

- Esta concesión se otorga de acuerdo con las bases del Decreto de fecha 1-IX-1948, convocando el concurso para la fabricación de la penicilina, con el contenido de la proposición, de fecha 3-II-1949, y documentos aclaratorios de 22-V-1949, presentados por las entidades peticionarias, con las condiciones especiales que fijará la Orden Ministerial.

- La capacidad de producción de la fábrica será, como mínimo, de seis millones de dosis de cien mil unidades internacionales Oxford al año, pudiendo la empresa establecerla para una producción de hasta doce millones de dosis anuales, destinando el exceso sobre el mínimo citado a efectos de exportación.

- Las materias primas fundamentales empleadas en la industria deberán ser de procedencia nacional, implantando la empresa concesioaria -directa o indirectamente-, previa las oportunas autorizaciones, la fabricación de aquellas que no se encuentren en el mercado nacional y cuya importancia y volumen lo requiera.

- El emplazamiento de la fábrica será en Madrid.

- La puesta en marcha de la fábrica habrá de hacerse en el plazo de veinticuatro meses, y la del departamento de envasado en seis meses, contados a partir de la publicación en el *BOE* de la Orden Ministerial complementaria, aunque estos plazos podrían ser prorrogados en caso de fuerza mayor.

- La concesionaria queda obligada a establecer un laboratorio de investigación para el desarrollo de los antibióticos.

- La intervención del Estado, prevista en el artículo tercero de la Ley de 24 de octubre de 1939, se regulará próximamente.

En el segundo Decreto se aceptaba la proposición presentada por «Industria Española de Antibióticos, SA», y, en consecuencia, se autorizaba a la empresa que, con la finalidad de producir penicilina, debería de constituir para instalar una fábrica en España, de acuerdo con las estipulaciones establecidas en el decreto y en su orden complementaria. Las diferencias de este decreto, respecto al de la anterior concesión, son las siguientes:

- Esta concesión se otorga de acuerdo con las bases del Decreto de fecha primero de septiembre de mil novecientos cuarenta y ocho convocando el concurso

para la fabricación de la penicilina, con el contenido de la proposición, de fecha cinco de febrero de mil novecientos cuarenta y nueve, y documentos aclaratorios, de veintitrés de mayo de mil novecientos cuarenta y nueve, presentados por las entidades peticionarias, con las condiciones especiales que fijará la orden ministerial.

- El emplazamiento de la fábrica será en León.
- La capacidad de producción de la fábrica debía ser igual que la de la otra concesionaria, un mínimo de seis millones de dosis de cien mil unidades internacionales Oxford al año, pudiendo la empresa establecerla para una producción de hasta doce millones de dosis anuales, destinando el exceso sobre el mínimo citado a la exportación.

En la Orden complementaria relativa a la proposición presentada conjuntamente por el «Consorcio Químico Español SA y Banco Urquijo SA», se destaca lo siguiente:

- Constituirán una empresa denominada «Compañía Española de la Penicilina y Antibióticos» que utilizará procedimientos *Merck* de EE.UU.
- El plazo de quince años se comenzará a contar desde la fecha del acta de puesta en marcha de la fábrica.
- Los estatutos fundacionales especificarán la cuantía y procedencia del capital de la empresa, que no será inferior a veintisiete millones seiscientas mil pesetas
- Se presentarán en la Dirección General de Industria, para su conformidad, los contratos definitivos de colaboración con la empresa *Merck* de Rahway (EE.UU.), cesionaria de las patentes y procesos para la fabricación.
- Fabricarán penicilina G, cristalizada en sal sódica (mil seiscientos sesenta y seis unidades internacionales Oxford por milígramo, pureza 100%); penicilina G, cristalizada en sal potásica (mil quinientas noventa y tres unidades internacionales Oxford por milígramo, pureza 100%); penicilina G, cristalizada en sal procaínica (mil cuarenta y dos unidades internacionales Oxford por miligramos, pureza 100%).
- Las patentes, métodos técnicos y procesos de fabricación a utilizar por la empresa concesionaria corresponden a la colaboración durante quince años con la empresa *Merck & Co* de EEUU, de acuerdo con el contrato correspondiente, con cesión mutua de todos los adelantos y mejoras en los procesos que durante este tiempo se produzcan en la técnica de obtención de la penicilina.
- Las materias primas serán de procedencia nacional, implantando la fabricación en nuestro país, por la empresa concesionaria, de las que actualmente no se encuentran

en España, especialmente en lo que se refiere al llamado «corn steep liquor», macerado de maíz o líquido de cultivo necesario para la fermentación, que la entidad concesionaria deberá implantar en el plazo máximo de un año, a partir del funcionamiento de la fábrica.

- El canon y demás pagos por colaboración a efectuar por la empresa a la casa *Merck* de EEUU se concretarán de la forma siguiente: los pagos iniciales no podrán exceder de la cuantía señalada en el contrato presentado a la Dirección General de Industria el 3 de febrero de 1949 y corresponderán al suministro por *Merck* de los cultivos necesarios y los nutrientes iniciales así como de los servicios de dirección y técnicos precisos para la puesta en marcha de la fábrica, aumentados en los gastos de viajes y salarios del personal de *Merck* que se desplace a España.

- El precio de venta en almacén-fábrica del antibiótico será de 4,98 pesetas, para dosis de 100.000 unidades Oxford. En este precio está incluida la penicilina a granel, el envasado en viales de 100.000 unidades Oxford, el canon de colaboración técnica, y el beneficio de fabricación.

En relación con la Orden ministerial complementaria relacionada con la proposición presentada por «Industria Española de Antibióticos SA», en constitución mientras se emitía la disposición normativa, se destacan las diferencias respecto a la orden complementaria de la anterior empresa concesionaria:

- Se constituirá definitivamente una empresa denominada «Industria Española de Antibióticos SA».

- Los estatutos fundacionales especificarán la cuantía y procedencia del capital de la empresa, que no será inferior a veinticinco millones de pesetas; en él, la participación de la empresa *Schenley Laboratories Inc.* se establece en dos millones quinientas mil pesetas.

- Se presentarán en la Dirección General de Industria, para su conformidad, los contratos definitivos de colaboración con la empresa *Schenley Laboratories Inc.*, de New York (EE.UU.), cesionaria de las patentes y procesos para la fabricación.

- Fabricarán penicilina G, cristalizada en sal sódica (mil seiscientos treinta, mil seiscientos sesenta unidades internacionales Oxford por milígramo, pureza 98%); penicilina G, cristalizada en sal potásica (mil quinientas cuarenta, mil quinientas ochenta y cinco unidades internacionales Oxford por milígramo, pureza 98%); penicilina G, cristalizada en sal procaínica (novecientas cincuenta y cinco, novecientos noventa y cinco unidades internacionales Oxford por miligramos, pureza 98%).



- Las patentes, métodos técnicos y procesos de fabricación a utilizar por la empresa concesionaria corresponden a la colaboración, durante quince años, con la empresa *Schenley Laboratories Inc.*, de EE.UU., de acuerdo con el contrato correspondiente, con cesión mutua de todos los adelantos y mejoras en los procesos que durante este tiempo se produzcan en la técnica de obtención de la penicilina.

- El canon y demás pagos por colaboración técnica a efectuar por la empresa a la casa *Schenley Laboratories Inc.*, de New York (EE.UU.): los pagos iniciales no podrán exceder de la cuantía señalada en el contrato presentado a la Dirección General de Industria el 5 de febrero de 1949 y corresponderán a los servicios de dirección y técnicos precisos para la puesta en marcha de la fábrica, aumentados en los gastos de viajes y salarios del personal de *Schenley Laboratories Inc.* que se desplace a España.

- El precio de venta en almacén-fábrica del antibiótico será de 4,544 pesetas, para dosis de 100.000 unidades Oxford. En este precio está incluida la penicilina a granel, el envasado en viales de 100.000 unidades Oxford, el canon de colaboración técnica y el beneficio de fabricación.

Antes de la publicación en el *Boletín Oficial del Estado* de los Decretos de adjudicación, la prensa ya publicó la noticia de su aprobación por el Gobierno:

«Resolución del concurso de Industria y Comercio para la fabricación de la penicilina en España, que fue convocado por Decreto de 1 de septiembre de 1948, a favor de la proposición del Consorcio Químico Español-Banco Urquijo, previa aceptación de las condiciones establecidas»<sup>690</sup>.

A fines de julio de 1949, antes de que se publicaran en el *BOE* los decretos de concesión, la prensa informa que se instalará en León una fábrica de penicilina<sup>691</sup>. El 7 de agosto de 1949, cuatro días antes de publicarse esos Decretos de concesión de fabricación de penicilina, a dos empresas con patentes americanas, *Merck* y *Schenley*, el Senado estadounidense aprueba una ayuda financiera de cien millones de dólares para España, con el fin de incrementar el comercio con nuestro país.

El 11 de diciembre de 1949 la prensa informa ampliamente sobre las concesiones de fabricación de penicilina: la primera fábrica de penicilina se construirá en Aranjuez y estará terminada en 1950, los planos ya están concluidos; el envasado de la penicilina se

---

<sup>690</sup> *ABC*, 18-VI-1949 (cf. págs. 7-8).

<sup>691</sup> *ABC*, 31-VII-1949 (cf. pág. 21).

efectuará en Madrid; la maquinaria está terminada en Estados Unidos y, parte de ella, ya se encuentra de camino hacia España; la primera fase, el envasado de la penicilina americana, se comenzará a realizar hacia marzo de 1950; la producción de esta fábrica será de doce millones de frascos anuales, de cien mil unidades cada uno; la fase de montaje de la fábrica se efectuará por ingenieros americanos de la casa *Merck*; e ingenieros españoles se encuentran en Estados Unidos formándose en los laboratorios y en las fábricas de esta firma, para regresar después a España<sup>692</sup>.

Como ya estaba muy avanzada la construcción de las fábricas que, en una primera fase, envasarían penicilina importada, el Ministerio de la Gobernación aprueba la Orden de 24 de enero de 1950 (*BOE*, 28-I-1950), por la que se autoriza en todo el territorio nacional la venta del medicamento 'penicilina' en todas las farmacias, en base a los informes del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid y de la Dirección General de Sanidad, que indican que los «aprovisionamientos actuales de penicilina» disponen de la cantidad suficiente para suministrar a todas las farmacias, para su distribución directa al público<sup>693</sup>. Y, una vez oído el Consejo Nacional de Sanidad, se dispone que el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, de acuerdo con las instrucciones que reciba de la Dirección General de Sanidad, procederá inmediatamente a suministrar a los Colegios que lo soliciten de cada provincia, y éstos a las farmacias, las cantidades de este producto que les sean pedidas del depósito actual<sup>694</sup>. Para atender cualquier eventualidad, la Dirección General de Sanidad fijará un cupo de reserva, que quedará depositado en los almacenes del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid. Ambos organismos tomarán las medidas pertinentes para la supresión paulatina de los despachos oficiales, tanto en Madrid como en provincias; considerándose en los sucesivos la penicilina como un medicamento sometido a la reglamentación de esta clase de productos.

---

<sup>692</sup> *La Vanguardia Española*, 11-XII-1949 (cf. pág. 5). En este mismo diario se anuncia que las entidades químico-farmacéuticas del grupo *Cros-Explosivos-Urquijo*, a las que recientemente le habían sido adjudicados los bienes en España de las casas *Bayer* y *Schering*, han acordado la creación de un Instituto Farmacológico que se llamará "Fundación Marqués de Urquijo", y comenzara sus trabajos con una dotación inicial de cuatro millones de pesetas. Sobre el proceso de incautación de las empresas alemanas cf. Rafaela DOMÍNGUEZ VILAPLANA, Antonio GONZÁLEZ BUENO. "La industria químico-farmacéutica alemana en España (1880-1949)". *Llull*, 32(70): 295-316. Zaragoza, 2009.

<sup>693</sup> Cinco días antes, el día 19 de enero de 1950, se había reunido en Madrid el Consejo Nacional de Sanidad; acordó proponer al Ministerio de la Gobernación autorizar la venta libre de penicilina (*La Vanguardia Española*, 20-I-1950; cf. pág. 1).

<sup>694</sup> El 7 de marzo de 1950, mediante una nota de prensa, el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona informaba que «todas las farmacias están surtidas de penicilina». A su vez, recordaba que, para la dispensación, sería necesario aportar la receta médica «especial» consignando en su dorso el nombre y domicilio del paciente, así como la enfermedad que padeciese. La dosis máxima por receta era de 600.000 UI, y se limitaba a una receta por paciente y día. Si además la prescripción era del Seguro de Enfermedad, había que añadir, a la anterior, la receta oficial del Seguro (*La Vanguardia Española*, 7-III-1950; cf. pág. 10).

El 1 de enero de 1950 se presenta el plan íntegro para la instalación, en León, de la fábrica de penicilina perteneciente a *Antibióticos S.A.*, integrada por las industrias químico-farmacéuticas nacionales: *Llorente*, *Ibys*, *Abelló*, *Uquifa*, *Zeltia* y *Leti*, y por la firma americana, *Schenley Laboratorios Inc.*, de Nueva York; el proyecto en España había sido dirigido por los ingenieros americanos de *Schenley*<sup>695</sup>. El 8 de agosto de 1950 llegó a Madrid Sidney Sadoff, director técnico de *Schenley*, para visitar el departamento de envasado que recientemente había comenzado a funcionar en Madrid<sup>696</sup>, donde, como director técnico farmacéutico se había nombrado, el 13 de enero de 1950, a Álvaro Zaguza Bilbao<sup>697</sup>. Sidney Sadoff, después de visitar Madrid, se desplazó a León, lugar de emplazamiento de la fábrica de la futura producción de la materia prima. Y el 28 de septiembre de 1950 viajó hasta Madrid, desde Nueva York, el director general de exportación de *Schenley*, George R. Gilbert, para supervisar las instalaciones de envasado de la materia prima importada de EE.UU.<sup>698</sup>.

El Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, al informar de la obtención de la primera penicilina envasada (la penicilina G potásica y la penicilina G con procaína -Aquilina ‘Schenley-Antibióticos’-) por una de las dos empresas favorecidas por la concesión, resaltaba el hecho de que había seis importantes laboratorios españoles detrás del nombre de *Antibióticos S.A.*, los cuales, a lo largo de su historia, habían obtenido importantes productos originales de calidad y que habían aportado a la nueva empresa sus equipos técnicos, su capital, su experiencia y su organización comercial para distribuir el producto<sup>699</sup>. Además, resaltaba el ahorro considerable en divisas que se producía al envasar el antibiótico en España, el 60%, que multiplicado por su elevada producción, doce mil frascos de 200.000 unidades en un día que podían elevarse hasta 20.000 frascos, suponía unas ventajas económicas muy importantes, las cuales serían incluso mayores cuando la materia prima se elaborara en España:

«En el pasado mes de agosto [1950] ha tenido lugar la inauguración de los departamentos de envasado de penicilina de la gran empresa nacional

<sup>695</sup> *La Vanguardia Española*, 1-XII-1950 (cf. pág. 1).

<sup>696</sup> *La Vanguardia Española*, 9-VIII-1950 (cf. pág. 1).

<sup>697</sup> Registros oficiales de laboratorios farmacéuticos. Dirección General de Sanidad. Archivo histórico de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, *Laboratorio Antibióticos S.A.*, registro: 2876.

<sup>698</sup> *La Vanguardia Española*, 29-IX-1950 (cf. pág. 4).

<sup>699</sup> [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. “Penicilina Americana ‘Schenley’ envasada en España. Seis grandes empresas españolas al servicio de una obra de interés nacional. La fabricación de penicilina”. *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 84: 33-36. Madrid, 1950.

‘Antibióticos, Sociedad Anónima’ (...) A los seis meses de haber recibido esa notoria prueba de confianza, ‘Antibióticos SA’ corresponde a la misma con la presentación de la penicilina ‘G’ producida por Schenley en su fábrica de Lawrenceburg (Indiana, Estados Unidos) y totalmente envasada en España. Al plasmar los nombres de las Entidades españolas que han contribuido a la realización de tan esplendorosa realidad, nuestra revista no tiene otra exigencia moral que la de reiterar en sus columnas las marcas que han llevado a cabo, junto con Schenley Laboratories, tan meritísima labor. Sean nuestros mas entusiastas elogios al comenzar este reportaje a los grandes laboratorios españoles agrupados en ‘Antibióticos, SA’, Llorente, Ibys, Abelló, Uquifa, Zeltia y Leti; cada cual ha aportado a la empresa sus equipos técnicos de primer orden, su capital y su experiencia (...) He aquí la realidad, el hecho trascendental: La penicilina G potásica y la penicilina G con procaína –aquicilina- ‘Schenley-Antibióticos’ se distribuyen ya en España. ‘Antibióticos, SA’ es la primera empresa que ha dado ese paso (...) por los laboratorios como Ibys, Abelló, Llorente, Zeltia, Uquifa y Leti, que tanto en el campo de la biología como en el de la química han obtenido productos originales y de auténtica calidad (hormonas, alcaloides, vitaminas, sueros, vacunas, etc.) (...) Un viaje alrededor de la poderosas instalaciones de ‘Antibióticos SA’, donde se envasan diariamente los miles de frascos de penicilina G Schenley, constituye el mejor modo de darnos cuenta de la excelencia de esta obra nacional (...) En presencia nuestra se ha dado fin a la jornada de trabajo con el frasco de penicilina G número 12.000. ¡Doce mil frascos de 200.000 unidades en un día! Esta es la cifra alcanzada, pero no el límite posible. ‘Antibióticos SA’ se encuentra en disposición de envasar diariamente unos 20.000 frascos. Los que saldrán ahora para toda España podrán usarse hasta mediados del año 1953. Es importante consignarlo: gracias a la esmerada manera como se realiza el envase, el producto Schenley expedido en España tiene una duración exactamente igual al que sale de fábrica, ya acondicionado, en los Estados Unidos. Las seis grandes firmas englobadas en ‘Antibióticos SA’ se encargan de distribuir aquella, merced a sus potentes organizaciones comerciales respectivas. Hasta ahora la penicilina era importada en frascos de 200.000 unidades; había que considerar entonces sobre el precio del producto los del envase, la cápsula de goma, el tapón metálico y la envoltura exterior, mas las cargas derivadas del peso y del espacio durante el transporte. La penicilina Schenley se nos envía ahora en grandes frascos. Por lo pronto, se necesita un 60 por 100 menos de las divisas que se necesitaban anteriormente. Y como los frascos, los tapones y las cajas se fabrican en España y el envase se verifica también aquí, estamos ante un beneficio de signo triple que abarca a nuestra balanza comercial, a la mano de obra española y al público en general. Fijémonos en que aproximadamente el 60 por 100 de la cantidades ahorradas en los gastos de adquisición va a parar a la industria nacional; el resto se aplica a favorecer a los consumidores. Con la misma diligencia y atención con que ‘Antibióticos SA’ ha cumplido su primer compromiso –el del envasado–, hará honor a los demás. Muy pronto comenzará a instalarse la fábrica de penicilina enteramente nacional, que se emplazará en León. En un mañana próximo otros antibióticos serán producidos en España; el acierto del Ministerio de Industria y Comercio al incluir la fabricación de los antibióticos en el plan nacional de industrialización y el vigoroso sentido comercial, la capacidad y el sentido patriótico de unos hombres han hecho posible esta gran obra»<sup>700</sup>.

<sup>700</sup> [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. “Penicilina Americana ‘Schenley’ envasada en España. Seis grandes empresas españolas al servicio de una obra de

El mismo mensaje propagandista se trasladaba desde los periódicos nacionales:

«Antibióticos SA, entidad en la que se aúnan los gigantescos recursos de seis grandes laboratorios nacionales y uno extranjero, fue una de las dos empresas encargadas de producir la penicilina en España y envasar, por el momento, la penicilina y estreptomicina que se compra a granel en el mercado de ultramar. A los diez meses de haber recibido esa notoria prueba de confianza, Antibióticos SA corresponde a la misma con la presentación de la penicilina G producida por las fabricas Schenley, en Lawrenceburg (Estados Unidos), y totalmente envasada en España. Vale la pena de consignarlo: hace ya un año, un grupo de sociedades españolas atraía a su seno a esta firma norteamericana, de gran prestigio en la esfera químico-farmacéutica mundial. El principal factor en la feliz culminación del magno proyecto fue la garantía de toda índole que Antibióticos SA mereció a la casa Schenley, que a partir de ese momento ofreció su colaboración y su marca.

Subrayemos que la agrupación de seis empresas en Antibióticos SA entraña un indudable acierto. Antibióticos SA ofreció a nuestras autoridades y a la casa americana Schenley una lista con nombres de gran prestigio. Son estos los de los laboratorios Llorente, Ibys, Abelló, Uquifa, Zeltia y Leti, cada cual ha aportada a la empresa sus equipos técnicos de primer orden, su capital y su experiencia (...) muy pronto comenzará a instalarse la fabrica de penicilina, que se emplazará en León»<sup>701</sup>.

El 12 de agosto de 1950 se inaugura en Madrid (en Méndez Álvaro) la otra industria para envasar penicilina, *Compañía Española de Penicilinas y Antibióticos* (CEPA), con la presencia del presidente norteamericano de *Merck*, James Kerrigan, más adelante la firma tenía previsto inaugurar la fábrica para obtener la materia prima en Aranjuez:

«En breve llegará a Madrid Mr. James Kerrigan, personalidad de la industria químico-farmacéutica norteamericana, para la inauguración en nuestro país de un importante centro destinado a la fabricación de antibióticos El señor Kerrigan es actualmente presidente de Merck and Company Corporation, de los Estados Unidos, y llegara a España, procedente de Alemania, donde inauguró recientemente importante laboratorio para la fabricación de penicilina»<sup>702</sup>.

«La Compañía española de penicilina y antibióticos inaugura en Madrid su fabrica. Esta mañana con la asistencia del presidente de la famosa industria norteamericana de productos químico-farmacéuticos Merck, James Kerrigan y de destacadas personalidades, se ha celebrado la inauguración de los locales donde están instalados la fábrica, laboratorios y departamentos de envase y preparación de antibióticos de la firma CEPA. (...) las instalaciones que hoy han sido

---

interés nacional. La fabricación de penicilina". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 84: 33-36. Madrid, 1950.

<sup>701</sup> ABC, 3-IX-1950 (cf. pág. 4).

<sup>702</sup> ABC, 8-VIII-1950 (cf. pág. 8).

inauguradas se alzan en los terrenos próximos a Atocha [Méndez Álvaro] y forman un conjunto de modernísimos edificios (...) al comenzar el acto inaugural, don Antonio Basagoiti, presidente del consejo de administración de la entidad pronunció unas palabras de salutación a todos los asistentes y destacó la notoria importancia para la industria química y farmacéutica española que patrocina el consorcio químico español por las entidades Explosivos, Cross, la fábrica de productos químicos y farmacéuticos FAES, productos químicos sintéticos PROQUISA, que están todas ya en íntima compenetración y colaboración en todo este sector Merck & Co. Inc. de Rhaway, N. J.»<sup>703</sup>.

Esta cooperación entre EEUU y España coincide en el tiempo con la recomendación de economistas americanos de incrementar las relaciones comerciales con España, para lo que se aconsejaba que se efectuasen inversiones financieras:

«Los técnicos opinan que una ayuda financiera a España por parte de los Estados Unidos, y con la creación de una prosperidad general mayor en dicho país, daría como resultado una situación en que las exportaciones de los Estados Unidos a España llegarían a ser el doble del volumen de las importaciones que se hicieran de dicho país»<sup>704</sup>.

En el verano de 1950 el Senado norteamericano aprobó una enmienda del Senador Pat Mac Carran otorgando un empréstito a España de 100 millones de dólares para impulsar las relaciones comerciales entre ambos países, considerados aliados frente al comunismo:

«La International News Service ha distribuido el siguiente artículo del senador Mac Carran (...) Me produjo profunda satisfacción el que el Senado aprobara, por abrumadora mayoría, mi enmienda otorgando un empréstito de cien millones de dólares a España, el cual habría de ser negociado y administrado por medio del Banco de Exportación e Importación y la Administración de Cooperación Económica. Estimo que esta decisión senatorial señala el comienzo de una nueva era de cooperación y de amistosas relaciones entre los Gobiernos de Washington y Madrid (...) Los acontecimientos de los últimos meses demuestran la necesidad de que todas las fuerzas del mundo opuestas al comunismo de tipo soviético deben mantenerse juntas o correr el riesgo de caer separadamente bajo la dominación del poder rojo. Los esfuerzos de los Estados Unidos por realizar económicamente las reconstrucciones de las naciones adheridas al 'Plan Marshall' han culminado en un franco éxito. Sin embargo, se ha hecho evidente que todos los países opuestos al enemigo común deben ser reconocidos como aliados»<sup>705</sup>.

Los presidentes de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España se desplazaron a Madrid, en el otoño de 1950, para participar en las elecciones del Consejo General, en esos días visitaron las instalaciones de CEPA en Madrid y, durante su visita,

---

<sup>703</sup> ABC, 13-VIII-1950 (cf. pág. 18).

<sup>704</sup> ABC, 8-VIII-1950 (cf. pág. 10).

<sup>705</sup> *La Vanguardia Española*, 9-VIII-1950 (cf. pág. 1).

el Presidente del Consejo de Administración de la Compañía, Antonio Gallego<sup>706</sup>, les informó sobre el proyecto de la empresa de crear un Instituto Farmacológico de Investigación, denominado 'Fundación Marqués de Urquijo', que sería financiado por las empresas: *Bayer*, *PROQUISA* y *Schering*<sup>707</sup>. Lo que se pretendía con este Instituto era crear nuevos antibióticos que se pudieran comercializar en España, sin la dependencia de patentes extranjeras. En este Instituto se llegó a descubrir un nuevo antibiótico, la fosfomicina, pero «el estudio y desarrollo de la producción fue hecho por científicos norteamericanos de Merck, Sharp and Dolime»<sup>708</sup>. Como hemos expuesto, al grupo *Cros – Explosivos - Urquijo* se le habían adjudicado los bienes en España de *Bayer* y *Schering* después de la II guerra mundial.

En la primera fase, ambas fábricas, CEPA y *Antibióticos S.A.*, envasaban la penicilina importada, y era el Sindicato de la industria Químico-Farmacéutica el que efectuaba el control de la materia prima importada

El 31 de diciembre de 1950 CEPA daba a conocer a la opinión pública la cantidad de penicilina envasada en su fábrica española: se había alcanzado el medio millón de frascos de penicilina G sódica de 200.000 U.I. fabricada por Merck & Co. Inc. en Rahway (E.U.A) y distribuido en el mes de diciembre por la *Compañía Española de Penicilina y Antibióticos SA* (CEPA):

---

<sup>706</sup> Antonio Gallego, además de director técnico de CEPA, desempeñó un papel destacado en el desarrollo de la Neurofisiología (Cf. Raúl RODRÍGUEZ NOZAL. 2004. *Uriach – Cambroner – Gallego. Farmacia e Industria. La producción de los primeros medicamentos en España*. Madrid: Nivola, 2004; cf. págs. 89-130).

<sup>707</sup> [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. "Penicilina Americana 'Schenley' envasada en España. Seis grandes empresas españolas al servicio de una obra de interés nacional. La fabricación de penicilina". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 84: 33-36. Madrid, 1950 (cf. pág. 33).

<sup>708</sup> *ABC*, 12-II-1978 (cf. pág. 34).



Anuncio publicitario de *Penicilina G sódica* envasada por CEPA  
ABC, 31-XII-1950



Bayer y CEPA compartían Consejero Delegado, Antonio Robert Robert<sup>709</sup>, ligado además al *Banco Urquijo*<sup>710</sup>, y también compartían al técnico José Luis Gallego<sup>711</sup>, quien trabajaba en Bayer como director gerente y en CEPA como director farmacéutico. Antonio Robert Robert, en una entrevista realizada en 1951, ligaba al mismo grupo financiero (*Banco Urquijo*, *Banco Hispano-Americano* y *Banco Herrero*) a las empresas farmacéuticas CEPA, Bayer y Schering:

«La industria farmacéutica española, en los últimos años ha experimentado un gran desarrollo (...) ahora bien, para lograr resultados verdaderamente fecundos, era necesario poner al servicio de esta Empresa mayores recursos, ordenados conforme a un plan. Esto es lo que trata de hacer el grupo financiero formado por los bancos Urquijo, Hispano Americano y Herrero, que, con la colaboración de diversas Empresas industriales y farmacéuticas, en menos de dos años ha realizado una obra ingente para el desarrollo de la industria farmacéutica nacional (...) proyectos de este grupo han sido, desde el primer momento, aunar los grandes recursos financieros con que cuenta y pone al servicio de esta empresa, con la mejor técnica extranjera disponible y con la mas depurada técnica nacional (...) está ya terminada (...) la empresa 'Productos Químicos Sintéticos SA' (...) otro gran éxito ha sido el de la inauguración de la fábrica de la 'Compañía Española de la Penicilina y Antibióticos' que ha formado el mismo grupo en Madrid con la colaboración de la empresa norteamericana Merck (...) y, finalmente, bajo los auspicios del mismo grupo se ha realizado la nacionalización financiera de las importantísimas empresas Bayer y Schering, que, aunque totalmente españolas en su capital continuarán disponiendo de la mejor técnica alemana en virtud de los acuerdos y convenios de colaboración (...) contamos para las diversas sociedades la mejor técnica farmacéutica extranjera. Pero ello no basta, porque es deseo del Gobierno desarrollar una técnica farmacéutica autóctona (...) A tal fin acabamos de constituir en Madrid el 'Instituto de Farmacología Española' en el cual participa el Consejo Superior de Investigaciones Científicas»<sup>712</sup>.

<sup>709</sup> Antonio Robert Robert (m. 1976) pertenecía al Cuerpo de Ingenieros Industriales del Ministerio de Industria y Comercio; fue nombrado Director general de Industria, a propuesta del ministro Demetrio Carceller Segura, mediante el Decreto de 3 de marzo de 1945 (BOE, 16-III-1945), cargo del que cesó en 14 de noviembre de 1947 (BOE, 25-XI-1947); pasó a la situación de excedencia voluntaria el 29 de marzo de 1948 (BOE, 21-VI-1948) para dedicarse a actividades profesionales en la empresa privada, como el *Banco Urquijo* y los *Laboratorios Bayer y CEPA*; parte de su actividad privada la desarrolló en Norteamérica (*La Vanguardia Española*, 12-IX-1959; cf. pág. 5). Sobre la vinculación del *Banco Urquijo* con los laboratorios españoles productores de penicilinas cf. María Jesús SANTESMASES. *Antibióticos en la Autarquía: banca privada, industria farmacéutica, investigación científica y cultura liberal en España, 1940-1960*. Madrid: Fundación Empresa Pública, 1999.

<sup>710</sup> *La Vanguardia Española*, 12-IX-1959 (cf. pág. 5).

<sup>711</sup> *La Vanguardia Española*, 12-IX-1959 (cf. pág. 5).

<sup>712</sup> *La Vanguardia Española*, 12-IX-1959 (cf. pág. 5).

El Presidente del Consejo de Administración de CEPA fue Antonio Basagoiti Ruiz, hijo del fundador del *Banco Hispano Americano* y primer presidente de esta entidad<sup>713</sup>.

En junio de 1951 los directivos americanos de *Schenley* visitaron las instalaciones españolas de *Antibióticos S.A.*, para decidir el inicio de la fabricación en España (León) de la materia prima del medicamento:

«R.A.C. Emelin, presidente de *Schenley*, A. F. Levi, vicepresidente, S. N. Sadoff, director técnico y G. R. Ollbert, director de exportaciones, ilustres personalidades del consejo directivo de la mencionada firma americana, se encontrarán dentro de breves días en nuestra patria, con objeto de visitar e inspeccionar las instalaciones de la fabrica de penicilina, del departamento de envasado y la planta piloto de *Antibióticos SA* y para colaborar de una forma intensa en la próxima puesta en marcha de un producto enteramente nacional de antibióticos (...) en Madrid visitaran el departamento de envasado de los productos que *Schenley* envía directamente a granel, desde su factoría de Lawrenceburg, Indiana (EE.UU) (...) en la planta piloto, ya en funcionamiento, podrán comprobar los resultados obtenidos, en los que han participado no solo los técnicos de *Antibióticos SA* sino los de los laboratorios asociados, Llorente, Abelló, Zeltia, Ibys, Uquifa y Leti todos los cuales han aportado interesantes informes y experiencias a esta labor»<sup>714</sup>.

Como gerentes de *Antibióticos S.A.* se nombraron a Ricardo Urgoiti Somovilla, antiguo Secretario general de *Ibys*<sup>715</sup> y a Federico Mayor Domingo, sobrino del fundador de *Leti*<sup>716</sup>; ambas empresas formaron parte del grupo de *Antibióticos S.A.*

Al mes siguiente, en julio de 1951, se informa que CEPA comenzará a fabricar la materia prima en sus instalaciones de Aranjuez, en muy pocos meses:

---

<sup>713</sup> El fundador del *Banco Hispano Americano*, Antonio Basagoiti Arteta (1848-1933), nacido en Algorta (Vizcaya), emigró a México, donde trabajó en la casa comercial de Manuel Ibáñez; allí contrajo matrimonio con su sobrina y, debido a este matrimonio, adquirió una fortuna que le permitió encumbrarse en la elite de los negocios (Carlos MARICHAL. "De la banca privada a la gran banca. Antonio Basagoiti en México y España, 1880-1911". *Historia Mexicana*, 48(4) [España y México: relaciones diplomáticas, negocios y finanzas en el Porfiriato]: 767-793. México, 1999).

<sup>714</sup> ABC, 17-VI-1951 (cf. pág. 6).

<sup>715</sup> Ricardo Urgoiti Somovilla (1900-1979), tras obtener el título de Ingeniero de Caminos en la Universidad de Madrid (1921), completó sus estudios en Estados Unidos; tras regresar a España funda la revista *Radio Ciencia Popular*, en 1924 se convierte en el principal promotor de la emisora *Unión Radio*; en los años treinta dirigió la empresa *Filmófono*, dedicada a la sonorización y distribución de películas. Tras la Guerra Civil española estuvo exiliado en Argentina hasta 1943, en que regresa a España; en 1949 colaboraría a la fundación de *Antibióticos, S.A.*; dedicaría la mayor parte de su tiempo a la divulgación científica y técnica (María Soledad CARRASCO URGOITI. "Ricardo Urgoiti, un ingeniero de la 'generación del 27'", *El País*, 3-I-1980. Madrid, 1980

<sup>716</sup> Federico Mayor Domingo (m. 1997), participó en la construcción de *Antibióticos S.A.*, que él mismo dirigió y desarrolló; publicó un buen número de estudios dirigidos a mostrar a la industria de nuestro país el camino de modernización. (Enrique COSTAS LOMBARDÍA. "Federico Mayor Domingo, estudioso y promotor de la industria farmacéutica". *El País*, 12-II-1997. Madrid, 1997; ABC, 8-II-1997 (cf. pág. 65).

«La fabrica de Aranjuez se inauguró en agosto [1950]. Se había dado un gran paso al conseguir el envasado estéril de penicilina con materia prima importada, pero no era esto suficiente: había que llegar a la fabricación integra. No han transcurrido once meses de aquella conquista cuando el Jefe del Estado puede dirigirse a la nación para ofrecerle esta realidad de ahora. Dentro de dos, tres meses a lo sumo, la fábrica de Aranjuez iniciará la producción de la materia prima que actualmente se importa. Desde las instalaciones del Real Sitio, el producto terminado pasara a los laboratorios de metátesis, dosificación y envasado de la calle Méndez Álvaro, donde por rigurosos y depurados procedimientos, se finaliza el proceso de preparación y el antibiótico queda, terminado el ciclo de obtención y envase, listo para el uso clínico. La compañía española de penicilina llegará en su fabrica de Aranjuez a obtener una producción de trescientos mil millones de unidades al mes, cantidad equivalente a un millón quinientos mil frascos de doscientas mil unidades. La fabrica esta preparada, además, para con las ampliaciones precisas, ya proyectadas, iniciar la fabricación de estreptomicina»<sup>717</sup>.

Francisco Franco visita en Aranjuez la *Compañía Española de Penicilina y Antibióticos* S.A. (CEPA), donde se esperan producir, a partir de agosto de 1951, dieciocho millones de dosis de penicilina por año que, sumados a los que obtendrían en la fábrica de León, alcanzarían la cifra de 36 millones de dosis anuales<sup>718</sup>.

La visita de Franco se efectuó el día 27 de junio de 1951, le acompañaron, entre otros, el Ministro de Exteriores, Alberto Martín Artajo; el de la Gobernación, Blas Pérez González; el de Marina, almirante Francisco Regalado; el de Trabajo, José Antonio Girón de Velasco y el Jefe del Sindicato Nacional de Industrias Químicas, Juan Antonio Parera Moreno. Francisco Franco fue recibido por los miembros del Consejo de Administración de CEPA, presididos por José Antonio Basagoiti Ruiz y el consejero-delegado, Antonio Robert y Robert; por el director científico, Antonio Gallego Fernández y por el director técnico, José Luís Mas.

---

<sup>717</sup> ABC, 18-VII-1951 (cf. pág. 23).

<sup>718</sup> ABC, 29-VI-1951 (cf. pág. 15). Previamente, en 1950, desde NO-DO, se había hecho un amplio reportaje sobre estas instalaciones bajo el título «Penicilina en España»; a este documental siguieron otros sobre la planta de envasado de penicilina en Aranjuez (Rosa BASANTE POL, Patricia MARTÍN FERNÁNDEZ, Carlos del CASTILLO RODRÍGUEZ. «La industria farmacéutica española, en la España autárquica, a través de NO-DO». En: Antonio González Bueno, Guillermina López Andújar, María Dolores Cabezas López, Carmen Martín Martín, Juan Esteva de Sagrera (eds.). *Homenaje al Prof. Dr. José Luis Valverde*: 551-561. Granada: SDUHFE / Universidad de Granada, 2011).



Francisco Franco visita la fábrica de CEPA

*La Vanguardia Española*, 28-VI-1951.

No hemos localizado documentos relativos a una visita similar a la fábrica de *Antibióticos S.A.*, ésta no debió realizarse; la presencia continua en los medios de comunicación –prensa, NO-DO- de la fábrica de CEPA, parecen insinuar una protección especial del Régimen hacia la *Compañía Española de Penicilinas y Antibióticos*, de ahí la utilización a su favor de todo el aparato de propaganda:

«Inauguración de las nuevas instalaciones de la compañía española de penicilina y antibióticos. Al acto asistió S.E. el Jefe del Estado. El pasado día 27 fueron inauguradas las nuevas instalaciones que la compañía española de penicilina y antibióticos, sociedad anónima ha levantado en Aranjuez. Asistió al acto SE el Jefe del Estado, Generalísimo Franco, quien anteriormente había visitado e inaugurado dos nuevas industrias nacionales (...)

Su excelencia EL JEFE DEL ESTADO HIZO SU ENTRADA HACIA EL MEDIODÍA EN LA FABRICA DE LA CEPA, donde fue recibido por el consejo de administración, presidido por don José Antonio Basagoiti, los consejeros delegados, director científico, don Antonio Gallego, y director técnico, don José Luís Mas, así como el alto personal de la empresa.

El Caudillo, con los ministros, sequito y personalidades, recibió las explicaciones del consejero-delegado, señor Robert, ante un grafico, y a continuación vio prácticamente el enlace de las distintas fases de obtención de la penicilina, recorriendo la sala de maquinas, la de fermentación, extracción, laboratorios, siembra, centrales térmicas etc.»<sup>719</sup>.

El 18 de septiembre de 1951 se inauguró la fábrica para la elaboración de la materia prima CEPA; para este acto, se desplazaron desde Estados Unidos los directivos americanos de *Merck*:

«Inauguración de la primera fabrica española de penicilina: el pasado día 18 de septiembre se celebró el acto inaugural de la primera fabrica española de penicilina, que, como se recordará fue visitada en junio ultimo por SE el Jefe del Estado.

Mister Merck, de la casa Merck & co. Inc, Rahway, Estados Unidos y el doctor Gruber, vicepresidente de la misma empresa, habían hecho especialmente el viaje desde Norteamérica para asistir al acto. La compañía española de penicilina tiene establecida una amplia colaboración científica e industrial con los señores Merck y Gruber, quienes con su presencia en el solemne acto hacían culminar la aproximación entre las dos firmas.

Fueron recibidos por el presidente del consejo de administración Antonio Basagoiti, por el consejero-delegado Antonio Robert, y por los consejeros Angulo Otaolauruchi; Moreno García; Garrigues y Díaz-Cañabate; Gallego Fernández; Sangróniz de Castro; Urquijo y Cobian Herrera. También se encontraba en el recinto de la factoría el director científico Antonio Gallego; el director técnico José Luís Mas; y los ingenieros norteamericanos Leo Fernández y mister Higgins, con los restantes miembros del equipo técnico de la compañía.

<sup>719</sup> [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. “Inauguración de las nuevas instalaciones de la Compañía Española de Penicilina y Antibióticos”. *Boletín de Información - Consejo General de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 89: 21-22. Madrid, 1951.

Entre los asistentes se encontraban mister Ivan B White, consejero de la embajada de Estados Unidos en Madrid para asuntos económicos»<sup>720</sup>.

mantienen constantemente  
suficientes niveles hemáti-  
cos de penicilina sobre la  
sensibilidad del germen.

**AQUILINA D.A.**  
100.000 U. DE PENICILINA G. POTÁSICA Y 300.000 U. DE PENICILINA G. PROCAINA

La penicilina potásica determina  
inmediatos y elevados nive-  
les hemáticos de penicilina, que  
la sal procaina mantiene du-  
rante 24 horas.

**AQUILINA**  
300.000 U. DE PENICILINA G. PROCAINA

Se logran adecuadas concentra-  
ciones de penicilina en sangre,  
que se mantienen regularmente  
durante 24 horas, con un nivel su-  
perior a las 0,05-0,06 por c. c.  
que es una suficiente concentra-  
ción terapéutica en la mayoría  
de los casos.

La asociación  
AQUILINA D. A. -AQUILINA  
proporciona al médico el  
control de la más ade-  
cuada administración de  
penicilina.

PENICILINA G. PROCAINA  
PRIMERA EN ESPAÑA

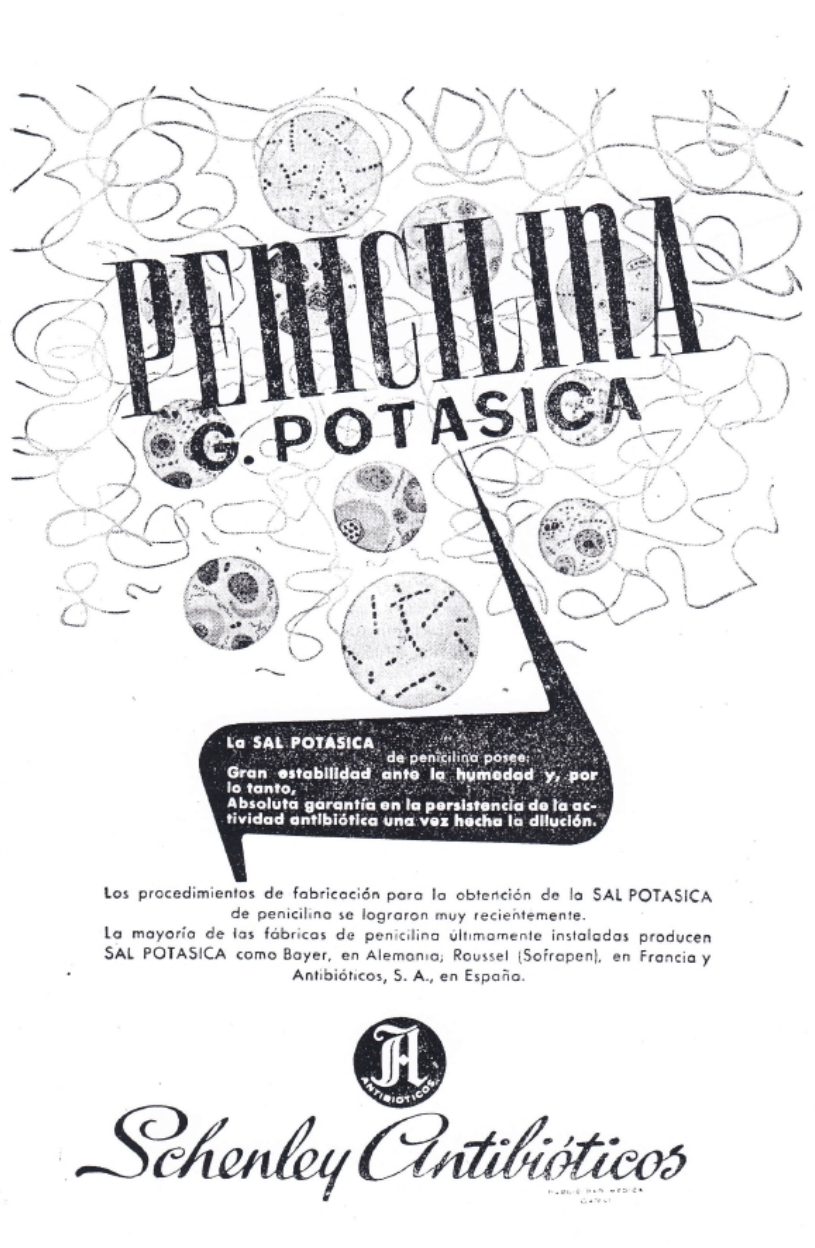
**Schenley-Antibióticos**

Anuncio publicitario de *Penicilina G procaina* fabricada por Schenley.

*Boletín de Información - Consejo General de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*. 93: 10. Madrid, 1952.

<sup>720</sup> [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA], "Inauguración de la primera fábrica española de penicilina". *Boletín de Información - Consejo General de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 91: 23-25. Madrid, 1951 (cf. pág. 23).





**PENICILINA  
G. POTÁSICA**

La **SAL POTÁSICA** de penicilina posee:  
Gran estabilidad ante la humedad y, por lo tanto,  
Absoluta garantía en la persistencia de la actividad antibiótica una vez hecha la dilución.

Los procedimientos de fabricación para la obtención de la SAL POTÁSICA de penicilina se lograron muy recientemente.  
La mayoría de las fábricas de penicilina últimamente instaladas producen SAL POTÁSICA como Bayer, en Alemania; Roussel (Sofrapen), en Francia y Antibióticos, S. A., en España.

**Schenley Antibióticos**

Anuncio publicitario de *Penicilina G potásica* fabricada por Schenley

*Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 98: 30. Madrid, 1952.

Posteriormente, en 1951, CEPA amplió capital en 40 millones de pesetas y, al año siguiente, en 1952, compró un grupo de edificios en la calle Méndez Álvaro, a

*Construcciones Industriales S.A.*<sup>721</sup>, representada por Primitivo de la Quintana López, director de productos químicos *Schering S.A.*, y Adolfo Domínguez Merelles, por ocho millones de pesetas. Primitivo de la Quintana fue uno de los redactores de la Ley del seguro obligatorio de enfermedad, vocal del Consejo del Instituto Nacional de Previsión y representante de la medicina social que, a propuesta del Ministerio de la Gobernación, fue nombrado por el ministro José Antonio Girón para que formara parte de la Comisión redactora de la Ley.

En el año 1954, sendas Órdenes Ministeriales firmadas el 3 de mayo (*BOE*, 9-V-1954) autorizan a la *Compañía Española de la Penicilina y Antibióticos S.A.* y a *Antibióticos, S.A.* para ampliar la capacidad de producción de sus fábricas de penicilina de Aranjuez y León hasta setenta y cinco millones de dosis de 100.000 unidades Oxford o su equivalente en otras dosis.

### 6.3. Las penicilinas en el *Petitorio...* del Seguro Obligatorio de Enfermedad

Por Órdenes del Ministerio de la Gobernación, de 13 de febrero de 1953, los descuentos al seguro obligatorio de enfermedad se aumentaron en un 18% (5% a cargo de la farmacia, 3% del mayorista y 10% de los laboratorios). Los medicamentos de elaboración exclusiva con uno a más antibióticos únicamente se bonificaban con el descuento del 8% (5% a cargo de la farmacia y 3% del mayorista) sin perjuicio de lo dispuesto en la Orden de 10 de mayo de 1948; es decir, en los antibióticos no existía el descuento de los laboratorios, al atenderse por el Gobierno las alegaciones basadas en que el margen de beneficio de los laboratorios era muy pequeño, derivado de los bajos precios establecidos. En compensación, las dos fábricas ofrecían descuentos basados en el volumen de gasto del seguro:

«Esta limitación en el tanto de los descuentos se justificaba en la imposibilidad económica de los laboratorios productores de antibióticos dada la justeza de los precios establecidos. Sin embargo, tanto Antibióticos SA, como CEPA, en 1955, ofrecieron al seguro unos descuentos cifrados en relación al volumen económico del consumo por el Seguro»<sup>722</sup>.

---

<sup>721</sup> María Jesús SANTESMASES. *Antibióticos en la Autarquía: banca privada, industria farmacéutica, investigación científica y cultura liberal en España, 1940-1960*. Madrid: Fundación Empresa Pública, 1999 (cf. pág. 46).

<sup>722</sup> INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. *Informe sobre la prestación farmacéutica en el Seguro de Enfermedad del Instituto Nacional de Previsión, Octubre de 1958*. Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA), documento 69 (cf. pág. 130).



En el año 1954, el Ministerio de la Gobernación estableció los siguientes precios para los antibióticos, comunicados al Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos por la Dirección General de Sanidad:

«... por orden de este ministerio han sido aprobados los nuevos precios que han de regir, durante el presente año, de las especialidades farmacéuticas de penicilina de producción nacional, cuyos precios suponen una importante baja con respecto a los que venían rigiendo y que son los siguientes:

Penicilina antibióticos: 13,40 pts.

Penicilina CEPA: 14 pts.

Aquicina antibióticos 22 pts.

Farmaproina simple. CEPA 22 pts.

Aquicina D. A. Antibióticos 27,10 pts.

Farmaproina reforzada. CEPA 27,10 pts.

Estos precios se entienden al público, sin incluir el valor de los timbres. Actualmente, esta Dirección, auxiliada por los elementos particulares y oficiales afectados por el canje del precio antiguo por el moderno, trata de conseguir que el cambio pueda realizarse durante el presente mes de abril y que a partir del 1 de mayo, todas las farmacias sin excepción, estén en condiciones de suministrar únicamente penicilina con el precio últimamente aprobado»<sup>723</sup>.

Respecto a la prestación farmacéutica del seguro de enfermedad, el *Petitorio...* revisado, aprobado el 7 de diciembre de 1954, recoge, entre los “productos químico-farmacéuticos” autorizados, con el número 102 el denominado ‘Penicilina’, y como única forma farmacéutica los inyectables (inyectable, inyectable retardado con Procaína o sinónimos).

En la tabla XXIII se relacionan todas las penicilinas, un total de sesenta y una, recogidas en el *Catálogo de especialidades farmacéuticas incluidas en el petitorio...*, redactado por la Jefatura Nacional del Seguro Obligatorio de Enfermedad, adscrita a la Dirección General de Previsión del Ministerio de Trabajo, para su aplicación en octubre de 1955, con indicación de los laboratorios preparadores:

---

<sup>723</sup> CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA. “Circular nº 179. Año 1954. Asunto: Nuevos precios de penicilina”. *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos*, 105: 10-11. Madrid, 1954.

<p>Tabla XXIII. Penicilinas presentes en el <i>Catálogo de especialidades farmacéuticas incluidas en el petitorio...</i>, redactado por la Jefatura Nacional del Seguro Obligatorio de Enfermedad [Madrid, 1955]</p>	
Medicamento	Laboratorio
Alteproína [300.000 U.I.]	Alter
Alteproína [400.000 U.I.]	Alter
Aquicina [300.000 U.I.]	Antibióticos S.A.
Aquicina [600.000 U.I.]	Antibióticos S.A.
Aquicina D. A. [400.000 U.I.]	Antibióticos S.A.
Aquicina D.A. [600.000 U.I.]	Antibióticos S.A.
Avloprocil [400.000 U.I.]	Azamón
Avloprocil [3.000.000 U.I.]	Azamón
Benzetacil 3-2-1 [600.000 U.I.]	Antibióticos S.A.
Benzetacil 6-3-3 [1.200.000 U.I.]	Antibióticos S.A.
Benzetacil [2.400.000 U.I.]	Antibióticos S.A.
Bi-Stabillín Boots [8 cc.]	Saracho
Brevicina simple [10 cc.]	Wassermann
Brevicina mixta [10 cc.]	Wassermann
Cepacilina [600.000 U.I.]	Compañía Española de Penicilinas y Antibióticos [CEPA]
Cepacilina [1.200.000 U.I.]	Compañía Española de Penicilinas y Antibióticos [CEPA]
Citocilina Grünenthal [1/2 cc.]	Ibero-Química
Depolucina [1/10 cc.]	Ibero-Química
Dipenicillín [10 cc.]	Farmabión
Duomicina [400.000 U.I.]	Instituto Farmacológico Latino
Duomicina reforzada [600.000 U.I.]	Instituto Farmacológico Latino
Esterloven [8 cc.]	Farmabión
Estopén Glaxo [500.000 U.I.]	J. Martín [Glaxo]
Farmaproína reforzada [400.000 U.I.]	Compañía Española de Penicilinas y Antibióticos [CEPA]
Farmaproína simple [300.000 U.I.]	Compañía Española de Penicilinas y Antibióticos [CEPA]
Farmaproína simple [900.000 U.I.]	Compañía Española de Penicilinas y Antibióticos [CEPA]
Farmaproína simple [1.200.000 U.I.]	Compañía Española de Penicilinas y Antibióticos [CEPA]
Kalycin [200.000 U.I.]	Dr. Andreu
Lucillin [300.000 U.I.] [1/1 cc.]	Malo de Molina
Lucillin [1.200.000 U.I.] [4 cc.]	Malo de Molina
Lucillin [3.000.000 U.I.] [10 cc.]	Malo de Molina
Natrilin [200.000 U.I.]	Dr. Andreu
Neocepacilina [600.000 U.I.]	Compañía Española de Penicilinas y Antibióticos [CEPA]
Neopenil Grünenthal [½ cc.]	Ibero-Química
Pancillin 200.000 U.I.	Miguel Servet
Pancillin 500.000 U.I.	Miguel Servet
Pancillin 1.000.000 U.I.	Miguel Servet
Pancillin oleoso [10 cc.]	Miguel Servet
Pencilene G	Instituto Farmacológico Latino

Pecillín 300 [10 cc.]	Farmabión
Penicilina Efey [200.000 U.I.]	EFEYN
Penicilina Efey [500.000 U.I.]	
Penicilina Efey [1.000.000 U.I.]	
Penicilina G potásica	Antibióticos S.A.
Penicilina G sódica cristalizada	Compañía Española de Penicilinas y Antibióticos [CEPA]
Penicilina G sódica cristalizada	Made
Penicilina Larma	Malo de Molina
Penicilina Liebig [200.000 U.I.]	Liebig
Penicilina Liebig [600.000 U.I.]	
Penicilina Llón	Castillón
Penicilina potásica Boots [200.000 U.I.]	Saracho
Penicilina potásica Boots [500.000 U.I.]	
Penicilina potásica Boots [1.000.000 U.I.]	
Penicilina Procaína G sódica	Reunidos S.A.
Penicilina sódica Boots [200.000 U.I.]	Saracho
Penicilina sódica Boots [500.000 U.I.]	
Penicilina sódica Boots [1.000.000 U.I.]	
Peniprocaín [300.000 U.I.]	Dr. Andreu
Peniprocaín [400.000 U.I.]	
Penproín	Made
Procaín-Pecilene	Instituto Farmacológico Latino
Procilina [300.000 U.I.]	EFEYN
Procilina [400.000 U.I.]	
Procilina [500.000 U.I.]	
Procilina [600.000 U.I.]	
Procilina [1.200.000 U.I.]	
Propeni [300.000 U.I.]	Malo de Molina
Propeni [400.000 U.I.]	
Pro-Stabillín oleoso Boots [10 cc.]	Saracho
Scurocillina «500»	Industrias farmacéuticas
Servecilina [400.000 U.I.]	Miguel Servet
Superpenil 3	EFEYN
Suprabiotina «2»	Esteve
Suprabiotina «7»	
Suprabiotina «15»	
Toraxilina [500.000 U.I.]	Antibióticos, S.A.
Fuente: JEFATURA NACIONAL DEL SEGURO OBLIGATORIO DE ENFERMEDAD. <i>Catálogo de especialidades farmacéuticas incluidas en el petitorio</i> [octubre, 1955]. Madrid: Dirección General de Previsión. Ministerio de Trabajo, 1955	

Los medicamentos seleccionados en el *Catálogo de especialidades farmacéuticas incluidas en el petitorio...* se registraron en la Dirección General de Sanidad; sin embargo, no siempre se cumplieron los plazos establecidos en la norma reguladora del concurso. En la tabla XXIV se detallan los números y fechas de registro, obtenidos de las fichas originales del Registro oficial de medicamentos conservadas en el Archivo histórico de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Algunos de estos datos no se

han podido localizar, al haberse efectuado el estudio a través de fichas individuales, y no mediante un libro de registro, pues en la actualidad el Archivo desconoce su ubicación. Separamos las especialidades que se registraron con posterioridad a la aprobación del *Petitorio...*, octubre de 1955, pues incumplen la norma reguladora del concurso, publicado para la selección de estos medicamentos.

Tabla XXIV. Penicilinas registradas en España [1948-1955], con indicación de la fecha, número de registro y precio				
Medicamento	Laboratorio	Registro	Fecha	Precio
Penicilina Liebig [200.000 U.I.] Penicilina Liebig [600.000 U.I.]	Liebig	10.171	1948. 8-IV	13 pesetas
Penicilina G sódica cristalizada	CEPA	13.601 13.802	1950. 24-IV 1950. 19-VI 1950. 1-XI	12 / 50 pesetas
Aquicilina [300.000 U.I.]	Antibioticos S.A.	15.011	1950. 28-XII	31 pesetas
Farmaproína simple [300.000 U.I.]	CEPA	15.419	1951. 16-III	
Farmaproína reforzada [400.000 U.I.]	CEPA	15.420	1951. 16-III	
Penicilina Efey [200.000 U.I.] Penicilina Efey [500.000 U.I.] Penicilina Efey [1.000.000 U.I.]	EFEYN	15.426	1951. 26-III	15 pesetas
Aquicilina D. A. [400.000 U.I.]	Antibióticos S.A.	15.493	1951. 27-III	44 pesetas
Estopén Glaxo [500.000 U.I.]	J. Martín [Glaxo]	16.426	1951. 27-X	
Servecilina [400.000 U.I.]	Miguel Servet	17.708	1952. 4-VIII	40 pesetas
Esterloven [8 cc.]	Farmabión	17.962	1952. 18-X	
Penicilina Larma	Malo de Molina	17.969	1953. 3-II	13 pesetas
Penicilina potásica Boots [200.000 U.I.] Penicilina potásica Boots [500.000 U.I.] Penicilina potásica Boots [1.000.000 U.I.]	Saracho	18.483	1953. 13-II	13 pesetas
Penicilina sódica Boots [200.000 U.I.] Penicilina sódica Boots [500.000 U.I.] Penicilina sódica Boots [1.000.000 U.I.]	Saracho	18.497	1953. 13-VII	13 pesetas
Pancillin oleoso [10 cc.]	Miguel Servet	19.648	1953. 24-VII	100 pesetas
Pancillin 200.000 U.I.	Miguel Servet	19.649	1953. 24-VII	13 pesetas
Pancillin 500.000 U.I.	Miguel Servet	19.649	1953. 24-VII	
Pancillin 1.000.000 U.I.	Miguel Servet	19.649	1953. 24-VII	
Peniprocaín [300.000 U.I.]	Dr. Andreu	19.924	1953. 19-IX	25 pesetas

Sclerocillina «500»	Industrias farmacéuticas	19.928 19.929	1953. 25-IX 1953. 25-IX	23 pesetas
Lucillin [300.000 U.I.] [1/1 cc.]	Malo de Molina	19.937	1953. 2-X	
Toraxilina [500.000 U.I.]	Antibióticos S.A.	19.969	1953. 9-X	
Penproín	Made	20.001	1953. 26-X	35 pesetas
Kalycin [200.000 U.I.]	Dr. Andreu	20.065	1953. 28-X	13 pesetas
Alteproína [300.000 U.I.]	Alter	20.281	1953. 30-XI	23 pesetas
Alteproína [400.000 U.I.]	Alter	20.282	1953. 30-XII	30 pesetas
Penicilina G sódica cristalizada	Made	20.497	1954. 13-I	12 pesetas
Natricilin [200.000 U.I.]	Dr. Andreu	20.688 20.689	1954. 3-II	13 pesetas
Peniprocaín [400.000 U.I.]	Dr. Andreu	21.550	1953. 28-X	26 pesetas
Suprabiotina «2» Suprabiotina «7» Suprabiotina «15»	Esteve	21.596 21.597	1954. 10-VI	68 / 55 pesetas
Cepacilina [600.000 U.I.]	CEPA	21.783	1954. 27-VII	
Cepacilina [1.200.000 U.I.]	CEPA	21.783	1954. 27-VII	
Neocepacilina [600.000 U.I.]	CEPA	21.784	1954. 27-VII	40 pesetas
Penicilina Lión	Castillón	21.990	1954. 11-X	12 pesetas
Pecilene G	Instituto Farmacológico Latino	21.991	1954. 11-X	20 pesetas
Duomicina [400.000 U.I.]	Instituto Farmacológico Latino	21.995	1954. 14-X	24 pesetas
Propeni [300.000 U.I.]	Malo de Molina	22.242	1954. 24-XI	33 pesetas
Propeni [400.000 U.I.]	Malo de Molina	22.242	1954. 13-XII	35 pesetas
Benzetacil 6-3-3 [1.200.000 U.I.]	Antibióticos, S.A.	22.294	1954. 30-XI	155 pesetas
Benzetacil 6-3-3 [1.200.000 U.I.]	Antibióticos, S.A.	22.294	1954. 30-XI	155 pesetas
Benzetacil [2.400.000 U.I.]	Antibióticos, S.A.	22.295	1954. 30-XI	
Citocilina Grünenthal [1/2 cc.]	Ibero-Química	22.570	1954. 28-XII	
Depolucina [1/10 cc.]	Ibero-Química	22.571	1954. 29-XII	50 pesetas
Pecillín 300 [10 cc.]	Farmabión	22.602	1955. 2-II	19 pesetas
Procaín-Pecilene	Instituto Farmacológico Latino	22.881	1955. 17-II	13 pesetas
Procilina [300.000 U.I.] Procilina [400.000 U.I.] Procilina [500.000 U.I.] Procilina [600.000 U.I.] Procilina [1.200.000 U.I.]	EFEYN	23.015 23.017 24.566	1955. 10-III 1955. 10-III 1955. 4-X	
Penicilina Procaína G sódica	Industrias farmacéuticas reunidas	24.076	1955. 23-VI	24 pesetas
Neopenil Grünenthal [½ cc.]	Ibero-Química	24.442	1955. 22-VII	21 pesetas
[Registros posteriores a la aprobación del <i>Petitorio</i> ...]				
Superpenil 3	EFEYN	24.621	1955. 22-XI	20 pesetas
Brevicilina simple [10 cc.]	Wassermann	--	1955. 24-XI	38 pesetas
Brevicilina mixta [10 cc.]	Wassermann	24.966	1955. 5-XII	41 pesetas
Duomicina reforzada [600.000 U.I.]	Instituto Farmacológico Latino	25.167	1955. 29-XII	13 pesetas

[Sin datos de registro]				
Aquicina [600.000 U.I.]	Antibióticos, S.A.			
Aquicina D.A. [600.000 U.I.]	Antibióticos, S.A.			
Avloprocil [400.000 U.I.]	Azamón			
Avloprocil [3.000.000 U.I.]	Azamón			
Bi-Stabillín Boots [8 cc]	Saracho			
Benzetacil 3-2-1 [600.000 U.I.]	Antibióticos, S.A.			
Dipenicillín [10 cc.]	Farmabiión			
Farmaproína simple [900.000 U.I.]	CEPA			
Farmaproína simple [1.200.000 U.I.]	CEPA			
Lucillin [1.200.000 U.I.] [4 cc.]	Malo de Molina			
Lucillin [3.000.000 U.I.] [10 cc.]	Malo de Molina			
Penicilina G potásica	Antibióticos, S.A.			
Pro-Stabillín oleoso Boots [10 cc.]	Saracho			
Fuente: Registros oficiales de medicamentos. Dirección General de Sanidad. Archivo histórico de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, s/c.				

En la tabla XXV se relacionan aquellos medicamentos penicilínicos en cuyo registro se informa, de forma expresa, del nombre del laboratorio fabricante; la totalidad de ellos son extranjeros, sin embargo, los laboratorios que registran la especialidad son españoles; en unos casos, los laboratorios españoles fabricaban la penicilina con licencia extranjera y, en otros casos, los laboratorios españoles envasaban la penicilina adquirida en el extranjero. Precisamente esta diferencia provocó muchos conflictos de competencia, debido a que la materia prima en el extranjero era bastante mas barata que en España, como detallamos más adelante.

Tabla XXV. Penicilinas registradas en España [1948-1955], bajo fabricación –total o parcial- extranjera			
Laboratorio fabricante	Producto	Nacionalidad del producto	Laboratorio español
Liebig	Penicilina Liebig 200.000 U.I.  Penicilina Liebig 600.000 U.I.	Española	D. Gamonoso Villaseñor
Schenley-Antibióticos	Aquicina	Española	Antibióticos S.A.
Schering S.A.	Penicilina G sódica	Española	Compañía Española de Penicilinas y

	cristalizada		Antibióticos [CEPA
Wassermann	Brevicilina simple	Española	Sociedad Española de Especialidades Farmaco-terapéuticas
Wassermann	Brevicilina mixta	Española	Sociedad Española de Especialidades Farmaco-terapéuticas
Chemie Grünenthal G.M.B.H.	Citocilina grünenthal	Alemana	Ibero-Química S.A.
Chemie Grünenthal G.M.B.H	Depolucina	Alemana	Ibero-Química S.A.
Chemie Grünenthal G.M.B.H	Neopenil Grünenthal	Alemana	Ibero-Química S.A.
Deutsche Novocillin Boehme Kresse	Pancillin 200.000 U.I.	Alemana	M. Servet
Deutsche Novocillin Boehme Kresse	Pancillin 500.000 U.I.	Alemana	M. Servet
Deutsche Novocillin Boehme Kresse	Pancillin 1.000.000 U.I.	Alemana	M. Servet
Deutsche Novocillin Boehme Kresse	Pancillin oleoso.	Alemana	M. Servet
Owg Chemie G.M.B.H. de Kiel	Lucillin 300.000 U.I.	Alemana	Malo de molina
La Societé Parisienne d'Expansion	Scurocilina «500»	Francesa	Industrias Farmacéuticas
Boots Pure Drug Company Ltd.	Penicilina potásica Boots 200.000 U.I. Penicilina potásica Boots 500.000 U.I. Penicilina potásica Boots 1.000.000 U.I.	Inglesa	Saracho y Cia.
Boots Pure Drug Company Ltd.	Penicilina sódica Boots 200.000 U.I. Penicilina sódica Boots 500.000 U.I. Penicilina sódica Boots 1.000.000 U.I.	Inglesa	Saracho y Cia.
Glaxo	Estopén glaxo	Inglesa	J. Martín S.A.F.
Fuente: Registros oficiales de medicamentos. Dirección General de Sanidad. Archivo histórico de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, s/c.			

En la tabla XXV I indicamos la sede de la veintena de laboratorios farmacéuticos, declarada por éstos ante la Dirección General de Sanidad en el momento de realizar el registro del medicamento penicilínico, incluidos en el seguro de enfermedad; cabe destacar el foco mayoritario que supone la ciudad de Madrid, seguida, muy de lejos, por los laboratorios catalanes y por los sitios en Galicia que, poco después, habrían de constituir el grupo *Zeltia*.

Tabla XXVI. Sedes de los laboratorios farmacéuticos españoles con registros de penicilinas [1948-1955]	
Laboratorio	Sede del laboratorio
Alter, S.A.	Madrid / Mateo Inurria, 7
Antibióticos, S.A.	Madrid / Duque de Sexto, 41
M. Castellón Fernández	Madrid / Modesto La Fuente, 26
Compañía Española de Penicilinas y Antibióticos [CEPA]	Madrid / Alcalá, 95 Madrid / Bárbara de Braganza, 1 Madrid / Méndez Álvaro, 57
EFEYN, S.A.	Madrid / Bravo Murillo, 81
Farmabiión, S.A.	Madrid / Francisco Suárez, 14
Ibero-Química, S.A.	Madrid / General Mola, 31 Madrid / General Pardiñas, 10
Instituto Farmacológico Latino	Madrid / Ríos Rosas, 37
J. Martín, S.A.F.	Madrid / Granada 28
Made	Madrid / Marqués de Monteagudo, 23
Malo de Molina	Madrid / García Morato, 4
Reunidos, S.A.	Madrid / Núñez de Balboa, 54
Saracho y Cia.	Madrid / Marqués de Urquijo, 22
Sociedad Española de Especialidades Farmacoterapéuticas	Madrid / San Antonio M <sup>a</sup> Claret ,173
Dr. Andreu	Barcelona / Moragas, 15
Dr. Esteve	Barcelona / Virgen de Montserrat, 209
Industriuas Farmacéuticas	Barcelona / San Salvador, 29
Miguel Servet	Vigo / López Mora, 74 Vigo / Tomás A. Alonso, 83
Azamón	[Porriño. Pontevedra]
D. Gamonoso Villaseñor	Sevilla / Arfe, 24
Fuente: Registros oficiales de medicamentos. Dirección General de Sanidad. Archivo histórico de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, s/c.	



El conflicto de competencia desleal e incumplimiento de lo acordado por el Gobierno español con las dos fábricas de penicilina, CEPA y *Antibióticos S.A.*, comenzó antes de aprobarse, en octubre de 1955, el *Catálogo de especialidades farmacéuticas incluidas en el petitorio...*; concretamente, el 13 de febrero de 1955, cuando el Ministerio de Industria defendía el precio de la penicilina de las fábricas concesionarias, CEPA y *Antibióticos S.A.*; cinco laboratorios, con autorización de la Dirección General de Sanidad para comercializar especialidades con penicilina, escribieron al diario *ABC*, cuyas páginas se habían hecho eco de la nota del Ministerio de Industria sobre la contención del precio de la penicilina; los cinco laboratorios habían sido seleccionados por el Seguro Obligatorio de Enfermedad para el suministro de este producto; se trataba de *Alter S.A.*, *Dr. Andréu S.A.*, *E.F.E.Y.N.*, *Farmabiión S.A.* e *Instituto Farmacológico Latino S.A.* La noticia impresa por *ABC*, el 23 de febrero de 1955, dice en su literal:

«Recibimos dos notas cuya publicación se nos pide. La primera dice así:

‘En virtud del derecho de rectificación reconocido en la legislación vigente, los laboratorios que suscriben solicitan la publicación de la siguiente nota:

Aludidos recientemente en el diario de su digna dirección por el Ministerio de Industria en una nota referente al precio de la penicilina en España, hemos de recoger, en primer lugar, para ratificarla, la manifestación de que el problema del alcance de la concesión a dos fábricas españolas de la producción de dicha primera materia farmacéutica está sometida a informe del más alto órgano consultivo de la nación: el Consejo de Estado. En consecuencia, resulta inoperante, cualquiera exposición sobre el tema, no obstante lo cual, el Ministerio, en vez de inhibirse, sienta expresamente la afirmación de que ‘se concedió la imposición al mercado nacional, durante el plazo de quince años, para cada empresa, del 50 por 100 del consumo real de aquél en los diferentes periodos’; punto éste que, como decimos, está pendiente de interpretación superior.

Resulta paradójico que esta afirmación (que prejuzga el fondo de la cuestión pendiente de informe) se contradiga con la anteriormente sentada por el Ministerio de que ‘se autorizó, en su consecuencia, la instalación de dos industrias de igual capacidad, con el fin de hacer posible la competencia comercial’ ¿Cómo es posible establecer competencia comercial entre dos únicas industrias a las que se otorga la mitad del mercado a cada una, garantizándoles el consumo total del mismo? Ni en la teoría eso es una competencia ni, en efecto, lo ha sido en la práctica, ya que se ha producido una identidad de actuación en todo, hasta en los precios, que nada difieren entre sí.

En relación con el precio de la penicilina, lo que procede es tratar de lo que en realidad se discute y tal como parece quererlo el propio Ministerio; el precio de la penicilina exclusivamente, como primera materia para la producción ulterior de especialidades farmacéuticas. Otra cosa, en efecto, confundiría a un confusonismo que el Ministerio parece querer evitar.

De acuerdo con lo anterior, hemos de rechazar cuanto en la nota se alega en relación con el precio de la penicilina preparada como especialidad farmacéutica lista para el uso.

Si hemos de hablar, pues, solo del precio de la penicilina bruta como primera materia, y no desviarnos de la cuestión, tenemos que rechazar la

afirmación de que se haya introducido jamás en España a precio de “dumping”. El “dumping” es una baja de una materia para la exportación dirigida intencionadamente por una nación contra otra, exportando la materia a un precio inferior al del mercado interior. Ahora bien, para ilustrar a la opinión en tal delicada materia, damos a continuación la cotización del mercado de la penicilina bruta en el mundo, conforme a las cotizaciones últimas, tomando como unidad del ‘millón de unidades’:

Estados Unidos	pesetas 1,94
Gran Bretaña	pesetas 2,50
Francia	pesetas 2,65
Alemania	pesetas 2,77
Italia	pesetas 3,11
España	pesetas 15,00

El precio de la penicilina española lo tomamos del escandallo que el propio Ministerio publica en su nota referida; 3 pesetas por 200.000 u.i.o, lo que equivale a las 15 pesetas por millón de u.i.o.

La semejanza de precios del mercado internacional, con exclusión de España, quiere decir que no existe “dumping”. La distancia enorme entre los precios españoles no está determinada por un “dumping”, sino por otras causas ajenas a la intervención estatal. Lo único que queda claro es que esta fuerte diferencia gravita sobre la economía nacional y sobre la privada de los ciudadanos, sin derivación favorable alguna para el Erario público, que no se lucra en absoluto de ella.

Conviene que esté también ilustrada la opinión pública sobre que el alcance de la concesión es interpretado por las compañías titulares de la misma, con el consentimiento del Ministerio de Industria, hasta el punto de que se niega la adquisición de la primera materia a los laboratorios autorizados por la Dirección General de Sanidad –nosotros, entre otros- para la preparación de productos de penicilina inyectables, con lo que se infiere un grave daño no sólo a los intereses de una industria muy antigua y honorable, sino al propio progreso científico del país. Los concesionarios se consideran a sí mismos como los únicos autorizados para manipular la penicilina y prepararla como especialidad farmacéutica inyectable, con lo que desconocen los derechos de los laboratorios autorizados para hacerlo con los mismos títulos que ellos ¿Cómo puede hablarse, en semejantes condiciones, de ‘competencia comercial’, que en definitiva, si realmente existiera, habría de proyectarse exclusivamente en beneficio del público consumidor?

Los que suscriben poseen las pruebas de la negativa de suministro de penicilina por parte de las fábricas. Estas sólo suministran al precio de 18,20 pesetas el millón de u.i.o la insignificante cantidad necesaria para preparados de vía oral o tópica. Esta negativa es la que ha inducido a los firmantes, entre otros, a solicitar y obtener penicilina de importación a precios no de dumping sino internacionales, sensiblemente iguales a los del consumo interior del país exportador. A esto se debe la aparición de productos de penicilina inyectable a precios de verdadera competencia, sin que por ello hayamos renunciado a los márgenes autorizados por las autoridades sanitarias, únicas que intervenían en nuestro escandallo. Nuestras preparaciones de penicilina han alcanzado precios mucho más bajos que los de las fábricas españolas y parecidos a la mayoría de los preparados similares en el extranjero.

En cuanto a los gastos cuantiosos de instalación de las dos industrias, conviene recordar que durante los primeros años de su actuación se limitaron a

importar enormes cantidades de penicilina que, comprada a precio internacional, fue escandallada como si se hubiera fabricado en España, y, por lo tanto, vendida al público con unos beneficios que acaso llegaran a sumar cifras capaces de financiar cualquier clase de instalación. No en tan excepcionales condiciones, sino en condiciones normales, sin protección alguna, cualquier empresa farmacéutica española de importancia se comprometería a montar una fábrica de penicilina para venderla a precios bastante más bajos, alguna de ellas ya lo ha solicitado.

Nos interesa finalmente rechazar con la entereza necesaria y hasta donde se nos permita, la velada acusación, recogida estentóreamente en los titulares de algunos periódicos, de que laboratorios españoles se hayan prestado a maniobras tendentes a arruinar una industria, que, como se ve, está lejos de necesitar defensa. La historia de cada uno de nosotros, nuestros hombres, nuestro origen y nuestra conducta está por encima de toda suspicacia. Nosotros hemos defendido, en todos los terrenos en que España y nuestro honor nos lo han exigido, los intereses supremos de la Patria, del estado y de la sociedad. En este sentido, declaramos impropio el parapetarse detrás de nombres sagrados y agitar la sombra de supuestas maniobras y conjuras para defender intereses privadísimos.

Con todos nuestros respetos para el Ministerio de Industria, lamentamos que una deficiente información se haya reflejado en su nota, a la que por la presente replicamos.

Alter SA – Dr. Andréu SA – E.F.E.Y.N – Farmabión SA – Instituto Farmacológico Latino SA»<sup>724</sup>.

“El Ministerio de Industria defiende el precio fijado para las fábricas concesionarias: (...) niegan los laboratorios la posibilidad de que las dos empresas concesionarias del concurso de 1948 compitan en el mercado pues estiman que la capacidad de producción, idéntica en las dos, y las garantías, también iguales, que se les concedieron para la colocación de sus productos, anulan toda competencia posible. Precisamente el haberse autorizado ambas fábricas con igual capacidad, iguales garantías y colaboraciones técnicas igualmente solventes, es lo que las situó en condiciones de posible competencia. Las empresas en cuestión, por debajo del precio máximo autorizado, pueden vender en competencia –y así lo han hecho-, ya que la garantía de colocación de sus productos en el mercado no implica evidentemente, para el consumidor, la obligación de comprar los de una determinada empresa y adquirirá, por consiguiente, aquellos que por su precio más barato, por su mejor presentación o por estimarlos de mas alta calidad, considera preferibles.

De otra parte es preciso no olvidar que aquellas garantías están supeditadas a la condición de que el precio de venta al público no exceda del máximo que establezcan las autoridades competentes, y si estas fijan el precio máximo en relación con la empresa que pueda producir más barato, la otra se verá obligada a mejorar su fabricación o administración, y a reducir sus precios, so pena de perder todo derecho a dichas garantías.

No es cierto que se haya producido una identidad de actuación en todo, hasta en los precios. (...)

El argumento de los laboratorios carece totalmente de fuerza; lo único que podría demostrar es que los precios internacionales de 'dumping' son semejantes,

<sup>724</sup> ALTER SA – DR. ANDRÉU SA – E.F.E.Y.N – FARMABIÓN SA – INSTITUTO FARMACOLÓGICO LATINO SA.  
"Sobre el precio de la penicilina. Los laboratorios independientes sostienen que puede fabricarse y venderse más barato". ABC, 25-II-1955 (cf. págs. 32-33).

cosa, por lo demás, perfectamente natural. Para probar que esos precios no son de 'dumping', tendrían que demostrar los laboratorios que no son inferiores a los precios que rigen en el interior de los respectivos países, según el significado que ellos mismos atribuyen a la palabra 'dumping'. Y eso es lo que no han hecho los laboratorios (...)

Es cierto que, por las razones ya apuntadas, el precio de venta al público de los antibióticos es superior en España al de ciertos países, aunque es comparable y aún inferior al de otros. Pero no es la penicilina el único artículo que se encuentra en ese caso. Lo mismo en España que en los demás países existen muchos productos, tanto industriales como agrícolas, que pueden ser adquiridos en algún país extranjero a precios más ventajosos que los de producción nacional, bien porque exista 'dumping' o simplemente porque las condiciones naturales o industriales lo permitan. Pero en todo el mundo se restringen, y en muchos casos se prohíben, las importaciones, sin necesidad de medidas especiales para cada caso, sino apoyándose en las de tipo general que permiten actuar en esa forma. Es evidente, que si los países europeos continentales que disponen de fabricación propia de penicilina no lo impidieran, las firmas británicas y norteamericanas hace tiempo que hubieran anulado con muy poco esfuerzo a las respectivas industrias indígenas.

A medida que aumente el consumo, disminuya el precio de las materias primas y se vayan amortizando las instalaciones, el precio de la penicilina seguirá disminuyendo. La importancia de la amortización es grande, pues estas fábricas es preciso amortizarlas relativamente deprisa y los capitales invertidos son considerables. El capital acciones de cada una de las empresas españolas es de 80 millones de pesetas, totalmente desembolsados por los accionistas. Los dividendos repartidos no han excedido del 7 por 100 del capital nominal en una empresa y del 9 por 100 en la otra y los fondos de amortización y reserva se han invertido y se están invirtiendo en la autofinanciación de las mejoras y ampliaciones autorizadas, con criterio económico, ortodoxo y plausible.

En las disposiciones legales, que regulan las concesiones, se impuso a las compañías adjudicatarias la obligación de instalar rápidamente instalaciones de envasado con objeto de reducir en plazo breve el volumen de divisas a invertir en importaciones de penicilina, medida que se justifica, de otro lado, plenamente por la gran reducción en el precio de venta al público que permitió. Los plazos que se establecieron, tanto para la instalación de los laboratorios de envasado como para la puesta en marcha de las fábricas de penicilina a granel, fueron exactamente cumplidos y se suprimieron las importaciones tan pronto quedó asegurado el abastecimiento nacional.

En un primer momento existió confusión entre la penicilina importada y fabricada en España, ya que los escandallos aprobados por este Ministerio se han referido siempre exclusivamente a penicilina a granel y a pie de fábrica»<sup>725</sup>.

Una Orden del Ministerio de Industria de 28 de mayo de 1953 autorizaba a *Farmabiión* S.A. para fabricar penicilina y otra posterior, la Orden de 13 de febrero de 1956 (BOE, 1-III-1956) autorizaba a *Farmabiión* S.A. para ampliar su industria de fabricación de

---

<sup>725</sup> MINISTERIO DE INDUSTRIA. "El Ministerio de Industria defiende el precio fijado por las fábricas concesionarias". *ABC*, 25-II-1955 (cf. pág. 33).

antibióticos. Con ésta fueron tres las industrias farmacéuticas que compartieron el 'monopolio' de la fabricación industrial de penicilinas.

La industria farmacéutica se desarrolla al comienzo de los años 1950, de forma exponencial, debido a la elevada demanda de medicamentos por parte del Seguro Obligatorio de Enfermedad. Esta industria, y en concreto la de fabricación de penicilinas, contó con el apoyo de la Administración pública, mediante la declaración de 'industria de interés nacional', a la que se sumaban otros sistemas de protección.

El Seguro de Enfermedad actuó con autonomía para decidir qué laboratorios serían los suministradores de los medicamentos que formaban el *Petitorio*.... En la Comisión de selección existía una mayoría de representación del Instituto Nacional de Previsión: José Antonio Girón de Velasco, Carlos Pinilla Turiño, Fernando Coca de la Piñera, Luís Jordana de Pozas, Daniel Pérez y Sáenz de Miera, Sebastián Criado del Rey... y no hubo de someterse a los acuerdos alcanzados por el Estado. Realmente, el Seguro de Enfermedad tenía patrimonio propio y se financiaba mediante las cuotas de los trabajadores, con lo que la autonomía financiera respecto al Estado sí que existía. Sin embargo, el Seguro no favoreció que el Estado cumpliera con los acuerdos suscritos con las empresas de penicilina declaradas de interés nacional, CEPA y *Antibióticos S.A.*, al permitir que fábricas más modestas compitieran en el 'mercado' del Seguro de Enfermedad en igualdad de condiciones; cuando, esos laboratorios se habían instalado con menor inversión y la materia prima la adquirían fuera de España a precios mas baratos. Parece que en esta decisión del Seguro, la razón de mayor peso se puede encontrar en el importante gasto en medicamentos. Tres años después de implantarse el *Petitorio*..., en 1958, la estadística del Seguro Obligatorio de Enfermedad fue la siguiente<sup>726</sup>:

Asegurados: 4.354.622

Beneficiarios: 10.963.555

Importe de las prestaciones sanitarias: 2.314.153.154 pesetas.

Importe de las prestaciones farmacéuticas: 1.346.523.647 pesetas<sup>727</sup>.

Importe de las prestaciones económicas: 767.028.598 pesetas.

<sup>726</sup> INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. *El Seguro Social de Enfermedad: 1942-1959*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1959 (cf. pág. 13)

<sup>727</sup> 471.660.367 pesetas de la Caja Nacional del Seguro Obligatorio de Enfermedad y 874.863.280 pesetas de las entidades colaboradoras (Cf. INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. *Op. cit. ut supra*, pág. 15).

Importe total de las prestaciones: 4.427.705.399 pesetas.

El Seguro de Enfermedad, en ese año de 1958, protegía a un 39,5% de la población española.

Aunque tampoco hay que desechar la idea de que esta falta de cumplimiento de los acuerdos con las primeras empresas productoras de penicilina tuviera su origen en la propia aptitud propagandista del Régimen, tratando de trasladar la imagen de una potencia con capacidad industrial propia, sobre todo por parte de la vieja guardia de Falange.

Al final de los años cuarenta, en plena autarquía, se habían llegado a acuerdos con dos laboratorios americanos cuando en España era deficitaria la fabricación de penicilina para cubrir la demanda nacional y, al escasear el medicamento, fue necesario aceptar la inversión extranjera para implantar en España fábricas que evitaran las importaciones. Además, el Régimen franquista estaba aislado a nivel internacional, por lo que necesitaba a los EE.UU. para su reconocimiento, a la vez que obtenía una ayuda financiera adicional. Pero, cuando esta situación se empieza a corregir, al mejorar sus relaciones con el exterior a partir del año 1951 y disponer de laboratorios de países cercanos que obtienen la materia prima, incluso el medicamento, más baratos, se permite la importación. En ese año 1951 se nombra como Ministro de Comercio a Manuel Arburua, que como se ha expuesto, fue «famoso por la facilidad con que otorgaba licencias de importación a sus selectos amigos» y también tomó posesión como nuevo Jefe Nacional del Sindicato de Industrias Químicas, el farmacéutico falangista Alberto García Ortiz. Ya no era tan necesario cuidar las, entonces casi únicas, relaciones internacionales con los Estados Unidos.



## Epílogo

Siguiendo a Jean Pierre Chauchard, la historia de la protección social se inició con el Estado asistencial (*État-Assistance*), en la actualidad se asienta en el Estado asegurador (*État-Assurance*) y el futuro próximo podría basarse en el denominado Estado providencial (*État-Providence*), donde la protección deriva de una eventualidad o del riesgo, que, independientemente de otros aspectos, dá lugar a la presunción de la necesidad. Es por lo tanto, la pertenencia a la colectividad el requisito suficiente para dar lugar al derecho a la protección, previo análisis de la situación individual:

«Reste la troisième voie, celle de l'État-Providence, où la protection résulte de la seule réalisation de l'éventualité ou du risque qui, indépendamment d'autres qualifications, vaut présomption de besoin. C'est alors l'appartenance à la collectivité qui suffit à fonder le droit à la protection à l'égard des éventualités considérées. (...) La matière sociale le connaît déjà à titre de projet, de vœu ou d'espérance sous le nom de «droit interprétable», c'est-à-dire de droit à prestations reconnu par la loi, dont le montant n'est pas déterminé à l'avance, qui est versé en cas de situation de besoin objectivement repérable, accompagné d'une analyse individuelle de la situation et d'un contrôle approprié»<sup>728</sup>.

---

<sup>728</sup> «Falta la tercera vía, el Estado Providencial, donde la protección deriva de una eventualidad o del riesgo, que, independientemente de otros aspectos, dá lugar a la presunción de la necesidad. Es, por lo tanto, la pertenencia a la colectividad el requisito suficiente para dar lugar al derecho a la protección, respecto a unas eventualidades consideradas. La casuística social ya lo conoce, sea a título de proyecto, de intención, o de previsión, bajo el nombre de «derecho interpretable»; es decir, de derecho a las prestaciones reconocidas por la ley, donde el importe no está determinado a priori, y que será aportado en caso de situación de necesidad objetivamente reparable, acompañado de un análisis individual de la situación y de un control apropiado» (Jean-Pierre CHAUCHARD. "Les nécessaires mutations de l'État Providence: du risque social l'émergence d'un droit-besoin". *Droit social*, 2: 135-139. París, 2012; cf. pág. 138).





## RESUMEN

La responsabilidad técnica y política de la implantación del seguro obligatorio de enfermedad en España no se puede asignar, exclusivamente, a quienes redactaron y aprobaron la Ley de 14 de diciembre de 1942 (*BOE*, 27-XII-1942), durante la dictadura franquista; desde décadas atrás muchos otros desarrollaron diversas actuaciones, sociales, políticas, legislativas, sanitarias y económicas, las cuales, ya sea sucesivamente o en su conjunto, desembocaron en la creación del escenario adecuado para su implantación.

Para la organización del Seguro en 1942 fue fundamental la participación de los facultativos titulares, de quienes, poco a poco, se habían ido dotando los municipios durante el siglo anterior. La oposición histórica de este colectivo a la implantación del seguro de enfermedad consiguió suavizarse al final del Gobierno de la II República, con la aprobación del Reglamento de 29 de septiembre de 1934 (*Gaceta de Madrid*, 18-X-1934), que les atribuía la categoría de funcionarios técnicos del Estado, integrándolos en el Cuerpo de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria (APD), una de sus reivindicaciones laborales largamente demandada.

Durante el siglo XIX, como la asistencia sanitaria pública no cubría toda la atención que requería un obrero y su familia, éstos debían acudir a la asistencia privada. Pero la asistencia sanitaria no era la única prestación que demandaba un trabajador cuando, a causa de una enfermedad, quedaba imposibilitado para realizar su trabajo; también solicitaba el salario dejado de percibir y, en el caso de que falleciera, una pensión para su familia. Estas necesidades las cubrían fundamentalmente las sociedades de socorros mutuos y las entidades aseguradoras privadas, aunque siempre de forma precaria, pues el aseguramiento por 'iguales' sólo cubría, en parte, la demanda de atención sanitaria; situación que se agravaba al ser éste el único sistema de protección de la mayoría de la población española, que era eminentemente rural.

En los años centrales del XIX, durante la etapa de Francisco Serrano y Domínguez, que tenía como Jefe de Gobierno al progresista masón Juan Prim y Prats, se encargó a una comisión, presidida por el abogado progresista Salustiano Olózaga, la preparación de una nueva Constitución, la de 1869; de su extensa declaración de derechos hay que destacar el derecho a asociarse que, por primera vez, se reconocía a

los ciudadanos y que favoreció el desarrollo de las asociaciones previsoras de la enfermedad, que tenían por objeto atender contingencias para las que el Estado aún no estaba organizado. Al inicio del siglo XX, como los obreros de las fábricas estaban fuertemente asociados, los patronos debían atender su principal demanda: la mejora del seguro de enfermedad privado, lo que intensificó el desarrollo de las asociaciones mutualistas. Todas estas asociaciones previsoras privadas fueron necesarias para la implantación del seguro obligatorio de enfermedad; pues, para organizar sus servicios médicos, según se recogió en el artículo veintinueve de la Ley de 1942, fue imprescindible la colaboración, con el Instituto Nacional de Previsión, de innumerables de esas entidades privadas: cajas de empresas, mutualidades e igualatorios médicos.

La estructura sanitaria pública que heredó el Gobierno de la II República estaba basada en la promovida por Carlos M<sup>a</sup> Cortezo y Prieto a través de la Instrucción General de Sanidad de 1904 que, veinte años mas tarde, se amplió al aprobarse los Reglamentos de sanidad municipal y provincial de 1925, cuando al frente de la Dirección General de Sanidad se encontraba Francisco Murillo y Palacios. Tanto en la Instrucción de 1904 como en los Reglamentos de 1925, el Gobierno defiende el deber del Estado de cuidar de la salud pública. A los Ayuntamientos más poblados les encomienda la instalación de dispensarios antituberculosos y antivenéreos, centros de maternología, puericultura, casas de socorro, casas de baños económicos, casas-cuna y consultorios gratuitos, especialmente para niños y enfermos de la vista, además de atribuirles la organización de la asistencia domiciliaria para pobres. En el ámbito provincial se establece un Instituto de Higiene provincial y la asistencia se divide en atención sanitaria y en atención social; la primera destinada a la atención benéfica provincial para el aislamiento de enfermos contagiosos, de meretrices enfermas y de enfermos tuberculosos y, la segunda, para atender enfermedades generales y especiales en dispensarios públicos gratuitos y en sanatorios provinciales, a los que se añaden los institutos de maternología y asistencia infantil, con comedor para madres, 'gota de leche' y casas-cuna. En 1928, por Real Orden, se establece que cada partido médico dispondrá de un médico titular, un practicante y una matrona o partera para el servicio de la beneficencia municipal y, en cada provincia y en localidades de más de 10.000 habitantes, debería dotarse, al menos, de un médico tocólogo y de dos matronas titulares. Esta estructura sanitaria pública, desplegada antes del Gobierno de la II República y completada por éste, fue la base sobre la que implantó el Seguro Obligatorio de Enfermedad en el año 1942, mediante un sistema de conciertos con el Instituto Nacional de Previsión.

A finales del siglo XIX y principios del XX, España comenzó, aunque muy lentamente, la organización institucional para regular y gestionar la novedosa previsión social. Estos avances tuvieron como modelo lo regulado en países europeos y, la mayor parte de las veces, fueron propuestos por políticos españoles defensores de los principios de igualdad y fraternidad de los ciudadanos: Segismundo Moret y Prendergast, Eduardo Dato Iradier, Francisco Silvela, Rafael Gasset Chinchilla o Juan de la Cierva y Peñafiel, entre ellos.

La regulación del seguro de enfermedad en los países europeos se había impulsado a raíz de la celebración de diversas conferencias internacionales. España, atenta a esos movimientos en los que también participaba, celebró dos conferencias sobre seguros sociales: la Conferencia de Madrid de 1917 y la Conferencia de Barcelona de 1922. La Conferencia de 1917 tenía objetivos mas ambiciosos: por un lado, la propuesta de aprobación de nuevos seguros y, por otro, la obligatoriedad para todos, tanto para los existentes (vejez e invalidez absoluta) como para los nuevos (invalidez para el trabajo, temporal y permanente, paro involuntario y maternidad); Antonio Espina y Capó fue el encargado de elaborar la ponencia de invalidez; al igual que José Canalejas, defendía el intervencionismo de los poderes públicos en la organización y mantenimiento de un sistema asistencial sanitario público para todos los trabajadores. En 1922 se organizó, por el Instituto Nacional de Previsión, una Conferencia en Barcelona, en ella se estudió la manera mas adecuada de establecer los seguros sociales de invalidez para el trabajo, de enfermedad y de maternidad; estuvo presidida por quien fuera presidente del Instituto Nacional de Previsión, José Marvá y Máyer; en ella, buena parte de los ponentes, entre ellos Severino Aznar y Luis Jordana, defendieron tres tipos de prestaciones a las que habría de atender el seguro: una, en especie, la asistencia sanitaria, y dos económicas; en cuanto al coste del seguro, la ponencia concluyó que debía repartirse entre los poderes públicos (Estado, Ayuntamiento y Diputaciones), los patronos y los obreros; en otra ponencia, la realizada por Carlos Cortezo, Manuel Martín Salazar y José Gascón y Marín, se concluyó que para alcanzar el objetivo de la rápida implantación de los seguros médicos, lo mas adecuado sería utilizar las instalaciones sanitarias de la beneficencia pública y encargar la administración de los tres seguros a las sociedades de socorros mutuos.

Cumpliendo con la Constitución de 1931, el Gobierno de la República planificó la sanidad para organizar un sistema nacional de salud, del que formaría parte el seguro de

enfermedad. Para ello preparó una Ley reguladora del seguro, simultáneamente con numerosa normativa destinada al desarrollo de la sanidad nacional.

Cuando, en abril de 1931, Marcelino Pascua Martínez ocupó la Dirección General de Sanidad, reforzó la actividad preventiva e impulsó la coordinación entre salud pública, prevención social y asistencia sanitaria pública, reorientando así, toda la política sanitaria. Sus actuaciones se encaminaron hacia la implantación del seguro obligatorio de enfermedad, tratando de socializar el diagnóstico y el tratamiento.

En 1933, en cada capital de provincia se crea un servicio de higiene infantil y pocos meses después, con Santiago Casares Quiroga, se avanza en la reorganización de la atención sanitaria de enfermedades con elevada incidencia, con el objetivo de poner en marcha un plan nacional que abarcara una cobertura médica total, cuyo núcleo estaba en la implantación del seguro social de enfermedad para los trabajadores; el cual, unido a una asistencia para las personas sin recursos, daría lugar a un Sistema Nacional de Salud. En 1935 Federico Salmón Amorín intensifica la lucha antituberculosa, pero defiende que, para acercarse a la protección de los países europeos, se debía añadir a la financiación del Estado las cuotas del seguro obligatorio de enfermedad.

A la intensa normativa de carácter sanitario aprobada durante la II República, se unió un aumento efectivo de los presupuestos destinados a esta materia y se atendieron determinadas reivindicaciones de colectivos sanitarios que, inicialmente, se oponían a estas mejoras sociales al ver peligrar sus fuentes de ingresos. Si se comparan los presupuestos de gastos de 1930 y 1933, destinados a prestaciones sanitarias, puede comprobarse que éstos se duplican, tanto en números absolutos como relativos. No obstante, Marcelino Pascua defendía la implantación de un seguro de enfermedad obligatorio, ya que la sanidad pública disponía de medios limitados y, para alcanzar el nivel sanitario que consideraba adecuado, se necesitaban mayores recursos económicos, los cuales podrían ser aportados a través de las cuotas de obreros y patronos. Esta reforma no fue bien recibida por determinados colectivos de profesionales sanitarios, médicos y farmacéuticos titulares, quienes ya habían protestado, con anterioridad, por la implantación de los centros de higiene rural.

Los facultativos titulares solicitaban su integración en un Cuerpo de funcionarios del Estado de la Sanidad Nacional, donde su retribución dependiera sólo del Estado. Como éste era el principal problema, se aceptó su adscripción, en el año 1934, a un Cuerpo de Técnicos del Estado, aunque sin dejar de participar las Administraciones

locales en su retribución, cuando ya estaba muy avanzada la elaboración del anteproyecto de Ley del seguro de enfermedad preparado por el Gobierno de la República. Los Inspectores Farmacéuticos Municipales serán considerados funcionarios técnicos del Estado a los efectos de la Ley de coordinación sanitaria; entre sus obligaciones ya se regulaba la dispensación de medicamentos a los asegurados del previsto seguro de enfermedad: «dispensar los medicamentos para las familias pobres de la Beneficencia Municipal y, en su día, para el Seguro de Enfermedad». Esta previsión estaba en consonancia con lo contenido en el artículo 46 de la Constitución de 1931, que establecía: «La República asegurará a todo trabajador las condiciones necesarias de una existencia digna. Su legislación social regulará los casos de seguro de enfermedad». Con la regulación de la dependencia estatal del colectivo de sanitarios titulares, participando los municipios en sus retribuciones, se suavizó uno de los principales problemas que frenaban la implantación del seguro obligatorio de enfermedad.

El 25 de marzo de 1932, Niceto Alcalá-Zamora y Torres, presidente de la República, autorizó al Ministro de Trabajo y Previsión Social, Francisco Largo Caballero, a presentar a las Cortes dos proyectos de Ley para ratificar los convenios relativos al seguro de enfermedad; uno, destinado a los trabajadores de la industria y del comercio y de los sirvientes domésticos y, otro, a los trabajadores agrícolas; ambos adoptados en el año 1927 en la Conferencia Internacional del Trabajo de Ginebra. En ellos se recogía que, cuando un Estado los ratificaba, se comprometía a implantar el seguro de enfermedad obligatorio, en condiciones al menos equivalentes a las previstas en los convenios internacionales. Estos proyectos de Ley se convirtieron en Leyes el 8 de abril de 1932.

El ministro Francisco Largo Caballero, mediante la Orden de 10 de mayo de 1932, (*Gaceta de Madrid*, 10-V-1932), encarga al Instituto Nacional de Previsión la preparación de un proyecto de régimen de seguro de enfermedad, sobre la base de los Convenios ratificados por las Cortes el 5 de abril de ese año 1932. El 28 de mayo de 1936 se publicó en la *Gaceta de Madrid*, la Orden del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, de 25 de mayo, donde se contenía el proyecto para la unificación de los seguros sociales; en esa fecha era Ministro de Trabajo Juan Lluhí Vallescá, el Ministerio abría una información pública, por término de veinte días naturales, a fin de que se formularan observaciones. El plazo comenzaba el día siguiente al de la publicación, por lo que terminaría el día diecisiete de junio de 1936. Pero la insurrección militar de 1936 suspendió la tramitación de la Ley.

El 28 de mayo de 1936 el colectivo de médicos estaría preparado para integrarse en el seguro público, así se deduce de la posibilidad real de aceptación de sus demandas, que se pueden resumir en las cuatro siguientes: 1<sup>a</sup>) La organización de los servicios técnicos médicos se reservarían a los médicos. Para atender esta demanda, pedían que se organizase una comisión, en la que participasen las principales organizaciones representativas de estos profesionales, con lo que parece posible que se llegara a alcanzar un acuerdo positivo para ambas partes. 2<sup>a</sup>) La atención de la beneficencia debería separarse de la atención a los asegurados, por lo que los medios humanos no podrían ser los mismos. En esta cuestión reivindicaban la correspondiente remuneración de los médicos de la beneficencia y de los titulares, por la asistencia a los beneficiarios del seguro; algo lógico por el aumento de carga de trabajo. Parece que esta reivindicación podría regularse de forma aceptable para ambas partes, pues se podría asumir por el seguro al disponer de la financiación necesaria. 3<sup>a</sup>) La incorporación en el seguro público de las entidades privadas que ya practicaban el seguro de enfermedad. Este aspecto era necesario para la implantación del seguro en breve plazo y también para evitar un conflicto con el personal sanitario que quedaría prácticamente sin trabajo. El seguro se beneficiaría del personal ya formado, que practicaba el seguro en el ámbito privado, por lo que parece que podría alcanzarse un acuerdo equitativo; de hecho, así estaba previsto en el anteproyecto de Ley. 4<sup>a</sup>) La inspección de la gestión del seguro se efectuaría por un cuerpo específico del Seguro. No parece que esta demanda pudiera plantear problemas para el Instituto Nacional de Previsión, al contrario, podría ser positivo disponer de un cuerpo propio de inspectores.

Joaquín Espinosa Ferrándiz, en una conferencia pronunciada en el Colegio de Médicos de Madrid, en junio de 1936, defendió una de las más importantes demandas del colectivo médico: la incorporación de los médicos adscritos a las entidades que practicaban el seguro privado de enfermedad. El seguro implantado en 1942 por el Gobierno franquista asumió la misma propuesta, pues una gran parte de su personal médico provenía de estas mutualidades privadas

Mediante un Decreto del Ministerio de Trabajo del 11 de julio de 1941 (*BOE*, 25-VII-1941) se creó una Comisión con el encargo de redactar un anteproyecto de Ley del seguro obligatorio de enfermedad, hacía dos meses que al frente de este Ministerio se encontraba José Antonio Girón de Velasco; la Comisión estuvo presidida por el Director general de Previsión, Francisco Greño Pozurama, de filiación monárquica, el cual había sido vocal en el primer Consejo del Instituto Nacional de Previsión, formado en 1938. Esta

Comisión estaría integrada, además, por tres consejeros del Instituto Nacional de Previsión: Rodrigo Uría González (representante de la Central Nacional Sindicalista), Pablo Martínez Almeida (Abogado del Estado, uno de los vocales designados libremente por José Antonio Girón) y Primitivo de la Quintana López (vocal del Consejo del Instituto Nacional de Previsión, representante de la medicina social, elegido por el ministro José Antonio Girón, a propuesta del Ministerio de la Gobernación). A estos tres consejeros se añadieron ocho vocales más: Luís Jordana de Pozas (Comisario del Instituto Nacional de Previsión), Francisco Astigarraga Luzón (representante de la Dirección General de Sanidad), Bartolomé Benítez Franco (representante del Patronato Nacional de Lucha Antituberculosa), José Fernández de la Portilla (miembro del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos), Alfonso de la Fuente Chaos (representante de la Delegación Nacional de Sindicatos, en concreto de la 'Obra Sindical 18 de Julio'), José Gabriel Álvarez Ude (Actuario jefe del Instituto Nacional de Previsión), José María Sánchez Bordona (médico de la Caja Nacional del Seguro de Accidentes de Trabajo, quien ostentaba el cargo de Inspector Médico Jefe del Servicio de Accidentes) y Juan Bosch Marín (médico jefe de la Obra Maternal e Infantil del Instituto Nacional de Previsión); a estos doce componentes que detallaba el Decreto de creación de la Comisión se unió, de hecho, el anterior Director general de Previsión, Fernando Camacho Baños.

De los doce componentes de la Comisión que recibió el encargo de redactar el anteproyecto de Ley del seguro obligatorio de enfermedad, ocho representaban al Instituto Nacional de Previsión: su Director general, el Comisario y tres Consejeros (uno de ellos médico), el actuario jefe y dos médicos (uno de la Caja Nacional de Seguros de Accidentes de Trabajo y otro de la Obra Maternal e Infantil del Instituto), a los que se unía el representante de la 'Obra 18 de Julio'. Los otros tres componentes representaban a la Dirección General de Sanidad, al Patronato Antituberculoso y al Consejo de Colegios Oficiales de Médicos. El reparto de componentes de los distintos grupos de presión estaba claramente decantado a favor del Instituto Nacional de Previsión o, lo que era lo mismo, a favor de Falange Española.

En la última sesión de redacción del anteproyecto de Ley, efectuada el 30 de abril de 1942, se plantearon diversos votos particulares: el médico Primitivo de la Quintana López, consejero del Instituto Nacional de Previsión, propuso que el servicio médico se debía desarrollar de acuerdo con un plan de instalaciones elaborado por una Comisión de enlace entre el Seguro y Sanidad; que en la selección de médicos se diera preferencia a los de asistencia pública domiciliaria y que se tuvieran en cuenta los centros de higiene



rural existentes para instalar la asistencia del seguro. Lo que proponía Primitivo de la Quintana era que se diera voz y voto a Sanidad, pues se trataba de organizar un servicio médico, mientras que la primera redacción le asignaba toda la organización al Instituto Nacional de Previsión, dependiente de Trabajo. Sin embargo, al proponer esa Comisión de enlace, que fue aceptada, el médico Primitivo de la Quintana López dio entrada directa al Sindicato de Falange, probablemente sin pretenderlo, pues en su voto particular sólo aludía al Seguro y a Sanidad; a éste se añadió un voto particular del médico representante de la 'Obra Sindical 18 de Julio', Alfonso de la Fuente Chaos, que defendió que el servicio médico del seguro debía organizarse por la 'Obra Sindical 18 de Julio' y en ningún caso por el Instituto Nacional de Previsión.

El anteproyecto definitivo de la Ley quedó redactado el 4 de mayo de 1942, incluyendo la redacción propuesta por el voto particular de Primitivo de la Quintana López. La Ley dio un claro poder a Falange: su artículo veintisiete encargó la prestación de los servicios médicos, a la 'Obra Sindical 18 de Julio', con algunas excepciones y, en el artículo veintiocho, se recogió que el servicio médico del seguro sería organizado por el Instituto Nacional de Previsión, con arreglo a un plan nacional de instalaciones y desenvolvimiento y a normas generales de funcionamiento elaboradas por una Comisión de enlace presidida por el Subsecretario de Trabajo, quien podría delegar en el Director general de Previsión, y en la que estuvieron representadas la Dirección General de Sanidad, la Delegación Nacional de Sindicatos FET-JONS y el Instituto Nacional de Previsión.

La Ley recogió la preferencia de los médicos de atención primaria domiciliaria, tal como se propuso en el anteproyecto por el médico Primitivo de la Quintana López, pero, para esta selección, la Ley recogió que se debería organizar un tribunal, donde tuvieran representación el Sindicato FET-JONS y la 'Obra Sindical 18 de Julio', adscrita al Sindicato. Nuevamente Falange Española recibía un claro poder de decisión en las cuestiones fundamentales del Seguro.

El 28 de octubre de 1942 se organizó, por el Ministro de Trabajo, una nueva Comisión para el estudio del anteproyecto de esta Ley; en ésta, Sanidad no tenía ningún representante directo, pues aunque Primitivo de la Quintana era Inspector Provincial de Sanidad, también era Consejero del Instituto Nacional de Previsión, por lo que todos los miembros de la Comisión estaban relacionados bien con el Ministerio de Trabajo, dirigido por el falangista José Antonio Giron, bien con la propia Falange Española.

La Ley del seguro de enfermedad obligatorio de 1942 recogió las características fundamentales del seguro que ya estaban previstas en los convenios ratificados mediante Leyes en 1932. Sin embargo, aunque se designó al Instituto Nacional de Previsión como administrador, siguiendo lo establecido en los convenios internacionales, la prestación del servicio más importante del seguro, el servicio médico, se encargó, con carácter general, a la 'Obra 18 de Julio', adscrita al Sindicato único, del Partido único del régimen dictatorial.

El seguro de enfermedad serviría para atraer el 'agradecimiento' de los trabajadores al Régimen franquista; era, por tanto, una empresa de primer orden en la que no se escatimarían asignaciones presupuestarias. La atención médica no tenía sólo un fin técnico y asistencial, sino que tenía también el fin político de ganar la opinión favorable de los trabajadores hacia el régimen franquista, a la vez que efectuaba un control de las 'tendencias políticas' de los trabajadores, sin olvidar la gestión de sus cotizaciones. Esa función es defendida, abiertamente, por el ministro José Antonio Girón de Velasco, al mes siguiente de aprobada la Ley.

La prestación del servicio médico fue encomendada a la organización sindical falangista, denominada 'Obra Sindical de 18 de Julio'; con esta amplia función se esperaba una repercusión social positiva de la imagen de la Falange Española y, por extensión, del Gobierno franquista, según afirmaba el propio José Antonio Girón. Cuando el servicio médico se prestaba por instituciones dependientes del Estado, provincia, municipio o por otras instituciones públicas, debía formalizarse un concierto con el Instituto Nacional de Previsión, una vez «oída» la 'Obra Sindical 18 de Julio' para la redacción de los aspectos sanitarios. Y cuando se prestaban por instituciones privadas que hubieran suscrito un concierto con el Instituto, debería preceder un informe favorable de la 'Obra Sindical 18 de Julio'.

Aunque el ministro José Antonio Girón defendía que el Instituto Nacional de Previsión sólo debía realizar funciones de índole técnica, lo cierto es que la política dirigía, también aquí, toda la organización y, por supuesto, todas sus decisiones; esta influencia quedó clara en el Decreto aprobado por Francisco Franco el mismo día que la Ley del seguro obligatorio de enfermedad, mediante el cual, la Presidencia del Consejo y de la Comisión Permanente del Instituto se asignaba al propio Ministro de Trabajo y, por su delegación, al Subsecretario del mismo Departamento, quedando el Director general de Previsión como vicepresidente nato; este Decreto tenía como objeto, según se recoge en

su exposición de motivos, «establecer una conexión más eficaz y directa con los órganos rectores del Instituto, que garantice en todo momento la unidad de orientación política».

El primer *Petitorio...* del seguro de enfermedad se aprobó el 29 de noviembre de 1951. Este *Petitorio...* fue elaborado por el equipo del magistrado Ramón Díaz Fanjul, primer Jefe Nacional del Seguro Obligatorio de Enfermedad, mientras que el *Catálogo de especialidades farmacéuticas incluidas en el petitorio...*, revisado el 6 de diciembre de 1954 y aprobado mediante Orden comunicada del Ministerio de Trabajo de 2 de marzo de 1955, fue elaborado por el equipo de Daniel Pérez y Sáenz de Miera. Durante la elaboración de ambos trabajos estaba al frente de la Dirección General del Instituto Nacional de Previsión Luis Jordana de Pozas y ocupaba la Dirección General de Previsión, Fernando Coca de la Piñera, destacado miembro de FET-JONS; como presidente del Instituto Nacional de Previsión, coincidiendo con la aprobación de ambos listados de medicamentos, se encontraba el falangista Carlos Pinilla Turiño. En el último mes del año 1954, a la par que se revisaba el *Catálogo de especialidades farmacéuticas incluidas en el petitorio...*, se procedió a la revisión del *Petitorio...* por el Consejo Nacional del Seguro de Enfermedad, implantándose definitivamente el nuevo *Petitorio...* en octubre de 1955.

Para decidir qué laboratorios serían los suministradores de los medicamentos que formaban el *Petitorio...*, el Seguro de Enfermedad actuó con autonomía. En la Comisión de selección existía una mayoría de representación del Instituto Nacional de Previsión y no hubo de someterse a los acuerdos alcanzados por otros departamentos del Estado, impidiendo que éste cumpliera con los compromisos y acuerdos suscritos con las empresas de penicilina declaradas 'de interés nacional'. En esta decisión del Seguro, la razón de mayor peso se puede encontrar en el importante gasto en medicamentos; aunque no hay que desechar la posibilidad de que tuviera su origen en la aptitud propagandista del Régimen, tratando de trasladar la imagen de una potencia con capacidad industrial propia, sobre todo por parte de la vieja guardia de Falange.

Al final de los años cuarenta, en plena autarquía, se habían llegado a acuerdos con dos laboratorios americanos, mientras España era deficitaria en la fabricación de penicilina para cubrir la demanda nacional; al escasear el medicamento, fue necesario aceptar la inversión extranjera para implantar en España fábricas que evitaran las importaciones. Además, el Régimen franquista estaba aislado en la esfera internacional, por lo que le convenía especialmente el reconocimiento de los EE.UU, a la vez que

obtenía una ayuda financiera adicional. Cuando esta situación se empieza a corregir, al mejorar las relaciones de España con el exterior, en el año 1951, y disponer de laboratorios de países cercanos que obtienen la materia prima, incluso el medicamento ya fabricado, más baratos, se permite la importación. En ese año 1951 se nombra como Ministro de Comercio a Manuel Arburua, «famoso por la facilidad con que otorgaba licencias de importación a sus selectos amigos», y como Jefe Nacional del Sindicato de Industrias Químicas al farmacéutico falangista Alberto García Ortiz. Ya no era tan necesario cuidar las, entonces casi únicas, relaciones internacionales con los Estados Unidos.

La selección de penicilinas que se incluyeron en el *Catálogo de especialidades farmacéuticas incluidas en el petitorio...* de 1955, se efectuó a favor de los siguientes veinte laboratorios: *Alter S.A., Antibióticos S.A. (Schenley), Azamon, CEPA (Schering), D. Gamonoso Villaseñor (Liebig), Dr. Andreu, Dr. Esteve, EFEYN, Farmabión, Industrias Farmacéuticas (La Société Parisiense d'Expansion), Ibero-Química (Chemie Grünenthal G.M.B.H.), Instituto Farmacológico Latino, J. Martín (Glaxo), M. Castillón Fernández, Made, Laboratorios Reunidos, M. Servet (Deutsche Novocillin Boehme Kresse), Malo de Molina (Owg Chemie G.M.B.H. de Kiel), Saracho (Boots Pure Drug Company Ltd.), Sociedad Española de Especialidades Fármaco-Terapéuticas (Wassermann)*. Algunos de estos laboratorios comercializaban penicilina fabricada en España, con patente propia 'económico-comercial', obtenida en base al Decreto de 26 de diciembre de 1947 (BOE, 24-I-1948), otros laboratorios fabricaban el medicamento con licencia de empresas extranjeras, y unos terceros, fabricaban el medicamento con la materia prima adquirida en países extranjeros a precios mas competitivos que la obtenida por las dos grandes fabricas instaladas en España, CEPA y *Antibióticos S.A.*, según declaraban estas dos últimas; la situación produjo un importante conflicto entre los laboratorios, basado en el incumplimiento de la legislación establecida en el año 1939 para la protección de la industria declarada de 'interés nacional'.



## CONCLUSIONES

1. La responsabilidad técnica y política de la implantación del Seguro Obligatorio de Enfermedad en España no se puede asignar, exclusivamente, a quienes redactaron y aprobaron la Ley de 1942, mediante la cual se creaba este seguro social durante la dictadura franquista; los Gobiernos anteriores a la guerra civil de 1936-1939 desarrollaron diversas actuaciones sociales, políticas, legislativas, sanitarias y económicas que desembocaron en la gestación del bagaje técnico-documental adecuado para su implantación.

2. Tomando como modelo la regulación de la previsión social desarrollada por otros países europeos, un grupo de políticos españoles, defensores de los principios de igualdad y fraternidad, como Segismundo Moret y Prendergast, Eduardo Dato Iradier, Francisco Silvela, Rafael Gasset Chinchilla y Juan de la Cierva y Peñafiel, defendieron la implantación de este modelo en nuestro país. Sus progamas llevaron a España a organizar la Conferencia Nacional de Seguros Sociales (Madrid, 1917) y la Conferencia Nacional de Seguros de Enfermedad, Invalidez y Maternidad (Barcelona, 1922) donde los trabajos sobre el seguro de invalidez de Antonio Espina y Capó, en la reunión madrileña, y los de José Marvá y Mayer, Severino Aznar, Luis Jordana, Carlos Cortezo, Manuel Martín Salazar y José Gascón y Marín, en la reunión barcelonesa, afianzaron la instauración de este seguro de invalidez en nuestro país.

3. Cumpliendo con los mandatos de la Constitución de 1931, el Gobierno de la República planificó la sanidad para dar lugar a un sistema nacional de salud, del que formaría parte el seguro de enfermedad. Para ello, preparó una Ley reguladora del seguro obligatorio de enfermedad y, simultáneamente, una abundante normativa destinada al desarrollo de la sanidad nacional. Marcelino Pascua Martínez, mientras ocupó la Dirección General de Sanidad (1931-1933), encaminó sus actuaciones hacia la implantación del seguro obligatorio de enfermedad, tratando de socializar el diagnóstico y el tratamiento. Durante las etapas ministeriales de Santiago Casares Quiroga y Federico Salmón Amorín se avanza en esa misma reorganización, aumentando los presupuestos del Estado y previendo su complemento con las futuras cuotas del Seguro, de obreros y patronos.

4. El ministro Francisco Largo Caballero encarga, en 1932, al Instituto Nacional de Previsión, la preparación de un proyecto de régimen de seguro de enfermedad, sobre la base de los convenios ratificados por las Cortes Españolas en ese mismo año. El 28 de mayo de 1936 se publicó, en la *Gaceta de Madrid*, la Orden del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, de 25 de mayo, firmada por Juan Lluhí Vallescá, donde se contenía el proyecto para la unificación de los seguros sociales y se abría el plazo para alegaciones que habría de concluir el día 17 de junio; la insurrección militar suspendió la tramitación de la Ley.

5. Para la organización del Seguro Obligatorio de Enfermedad, en 1942, fue fundamental la participación de los médicos y farmacéuticos titulares, de quienes se habían ido dotando los municipios españoles durante el siglo XIX. La oposición histórica de estos colectivos a la implantación del Seguro consiguió suavizarse con la regulación, en 1934, de un sistema de dependencia estatal: en el caso de los médicos con participación de los municipios en sus retribuciones, mientras que en el de los Inspectores Farmacéuticos Municipales pasaron éstos a ser considerados, a los efectos de la Ley de coordinación sanitaria, como funcionarios técnicos del Estado, incorporando entre sus obligaciones la dispensación de medicamentos a los asegurados del, ya previsto, seguro de enfermedad.

Asimismo, fueron necesarias las entidades colaboradoras, desarrolladas a partir del reconocimiento constitucional del derecho de asociación, durante el Gobierno de Francisco Serrano y Juan Prim, y la estructura sanitaria pública que había sido promovida, fundamentalmente, por Carlos M<sup>a</sup> Cortezo, Francisco Murillo y Marcelino Pascua.

6. Mediante un Decreto del Ministerio de Trabajo del 11 de julio de 1941 se creó una Comisión con el encargo de redactar un anteproyecto de Ley del seguro obligatorio de enfermedad; hacía dos meses que al frente de este Ministerio se encontraba José Antonio Girón de Velasco.

Presidida por el Director general de Previsión, Francisco Greño Pozurama de filiación monárquica; esta Comisión estuvo integrada por Rodrigo Uría González, miembro de la Central Nacional Sindicalista; Pablo Martínez Almeida, Abogado del Estado, y Primitivo de la Quintana López, vocal del Consejo del Instituto Nacional de Previsión, los tres nombrados a propuesta del ministro José Antonio Girón. A estos se añadieron ocho vocales más: el Comisario del Instituto Nacional de Previsión: Luis Jordana de Pozas; un representante de la Dirección General de Sanidad: Francisco Astigarraga Luzón; un representante del Patronato Nacional de Lucha Antituberculosa: Bartolomé Benítez

Franco; un miembro del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos: José Fernández de la Portilla; un representante de la 'Obra Sindical del 18 de julio': Alfonso de la Fuente Chao; el actuuario jefe del Instituto Nacional de Previsión: José Gabriel Álvarez Ude; un médico de la Caja Nacional del Seguro de Accidentes de Trabajo: José María Sánchez Bordona, y el médico jefe de la Obra Maternal e Infantil del Instituto Nacional de Previsión: Juan Bosch Marín; a estos doce componentes se unió el anterior Director general de Previsión, Francisco Camacho Baños.

De los doce componentes que integraban esta Comisión, ocho representaban al Instituto Nacional de Previsión. El reparto de los distintos grupos de presión estaba claramente decantado a favor de este Instituto, o lo que era lo mismo, a favor de Falange Española y de las JONS; el peso de José Antonio Girón de Velasco se hace especialmente notorio.

7. La atención asistencial, médica y farmacéutica, del Seguro Obligatorio de Enfermedad no tenía sólo una finalidad sanitaria, tenía también el fin político de ganar la opinión favorable de los trabajadores hacia el Régimen franquista. Dado que, la prestación del servicio médico fue encomendada a la organización sindical falangista, denominada 'Obra Sindical de 18 de julio', a la vez que se efectuaba un control de las 'tendencias políticas' de los trabajadores, sin olvidar la gestión de sus cotizaciones, se esperaba una repercusión social positiva de la imagen de la Falange Española y, por extensión, del Gobierno franquista.

8. El primer *Petitorio...* del Seguro de Enfermedad se aprobó el 29 de noviembre de 1951; fue elaborado por el equipo dirigido por el magistrado Ramón Díaz Fanjul, mientras que el *Catálogo de Especialidades Farmacéuticas...*, aprobado por el Ministerio de Trabajo, el 2 de marzo de 1955, fue elaborado por el equipo liderado por el falangista Daniel Pérez y Sáenz de Miera, hombre de confianza del ministro Girón de Velasco. Durante la elaboración de ambos trabajos estaba al frente de la Dirección General del Instituto Nacional de Previsión, Luis Jordana de Pozas, y de la Dirección General de Previsión, Fernando Coca de la Piñera, destacado jefe de Falange Española; como presidente del Instituto Nacional de Previsión, coincidiendo con la aprobación de ambos listados de medicamentos, se encontraba el falangista Carlos Pinilla Turiño.

9. Para decidir qué laboratorios serían los suministradores de los medicamentos que formaban el *Petitorio...*, el Seguro de Enfermedad actuó con autonomía. En la Comisión de selección de medicamentos existió una mayoría de representación del



Instituto Nacional de Previsión y ésta no hubo de someterse a los acuerdos alcanzados por el Estado, impidiendo que éste cumpliera con los acuerdos suscritos con las empresas de penicilina declaradas de interés nacional. En esta decisión del Seguro, la razón formal de mayor peso parece encontrarse en el importante gasto en medicamentos, aunque también pudo tener su origen en la aptitud propagandista del Régimen, tratando de trasladar la imagen de potencia autárquica, especialmente defendida por la vieja guardia de Falange; no debió ser ajena a esta circunstancia el nombramiento, en 1951, del farmacéutico falangista Alberto García Ortiz como Jefe Nacional del Sindicato de Industrias Químicas. La mejora de las relaciones de España con el exterior, unida a la política de licencias seguida por Manuel Arburua, al ocupar la Cartera de Comercio, potenció la obtención de materia prima, incluso la del medicamento industrial de penicilina y otros antibióticos, en condiciones económicas más baratas que las hasta entonces imperantes, ofertadas por los Estados Unidos de América.

10. La selección de penicilinas que se incluyeron en el *Catálogo de especialidades farmacéuticas incluidas en el seguro...* (1955), se efectuó a favor de los siguientes veinte laboratorios: *Alter S.A.*, *Antibióticos S.A. (Schenley)*, *Azamón*, *CEPA (Schering)*, *D. Gamonoso Villaseñor (Liebig)*, *Dr. Andreu*, *Dr. Esteve*, *EFEYN*, *Farmabiión*, *Industrias Farmacéuticas (La Société Parisienne d'Expansion)*, *Ibero-Química (Chemie Grünenthal G.M.B.H.)*, *Instituto Farmacológico Latino*, *J. Martín (Glaxo)*, *M. Castillón Fernández*, *Made*, *Reunidos*, *Miguel Servet (Deutsche Novocillin Boehme Kresse)*, *Malo de Molina (Owg Chemie G.M.B.H., Kiel)*, *Saracho (Boots Pure Drug Company L<sup>td</sup>)* y *Sociedad Española de Especialidades Fármaco-Terapéuticas (Wassermann)*. Algunos de estos laboratorios comercializaban penicilina fabricada en España, con patente propia "económico-comercial", obtenida en base al Decreto de 26 de diciembre de 1947 (BOE 24-I-1948), otros laboratorios fabricaban el medicamento con licencia de laboratorios extranjeros y, otros, lo elaboraban con materia prima adquirida en países extranjeros a precios mas competitivos que la obtenida por las dos grandes fabricas instaladas en España, *CEPA* y *Antibióticos S.A.*; por lo que se produjo un importante conflicto entre los laboratorios, basado en el incumplimiento de la legislación establecida en el año 1939 para la protección de la industria declarada de interés nacional.

## FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA

### Fuentes

#### A. Documentación de archivo

##### **Archivo histórico de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios [Madrid]**

Registro oficial de medicamentos. Dirección General de Sanidad. Archivo histórico de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, s/c.

Registro oficial de laboratorios farmacéuticos. Dirección General de Sanidad. Archivo histórico de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, s/c.

##### **Archivo histórico del Congreso de los Diputados**

CORTES ESPAÑOLAS. 1812. *Constitución política de las Cortes de Cádiz*. Cádiz: [manuscrito]. Biblioteca del Congreso de los Diputados. [Consultado en [http://www.congreso.es/docu/constituciones/1812/ce1812\\_cd.pdf](http://www.congreso.es/docu/constituciones/1812/ce1812_cd.pdf)].

CORTES ESPAÑOLAS 1845. *Constitución de 1845*. Madrid: [manuscrito]. Biblioteca del Congreso de los Diputados. [Consultada en [http://www.congreso.es/docu/constituciones/1845/1845\\_cd.pdf](http://www.congreso.es/docu/constituciones/1845/1845_cd.pdf)].

CORTES ESPAÑOLAS. 1869. *Constitución de la Nación Española. Promulgada el 6 de Junio de 1869*. Madrid: [manuscrito]. Biblioteca del Congreso de los Diputados. [Consultado en [http://www.congreso.es/docu/constituciones/1869/1869\\_cd.pdf](http://www.congreso.es/docu/constituciones/1869/1869_cd.pdf)].

CORTES ESPAÑOLAS. [Composición de la Comisión de Trabajo de las Cortes Españolas, 1942-1943]. Archivo histórico del Congreso de los Diputados, Secretaría general, legajo 1299/3.

##### **Archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión (INGESA)**

Documentación relativa al Seguro de Enfermedad. Signatura: 23/1976. C-4/23-B3-C3 [1932-1963].

- Leg. 49-[0]. "Seguro de Enfermedad. Antecedentes al Decreto 11-7-42".
- Leg. 49.1. "Ley del Seguro de Enfermedad. Comisión para redactar el Anteproyecto de Ley. Comentarios a la Ley del S.E. [Seguro de Enfermedad]".
- Leg. 49.2. "Comisión para redactar el Anteproyecto de Reglamento. Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad]. Comisión para redactar el Proyecto de Reglamento del S.E. [Seguro de Enfermedad] y un ejemplar del mismo con reseña de los artículos más discutidos".
- Leg. 49.3. "Reglamento del Seguro de Enfermedad. Años 1943 a 1949. Prima del Seguro de Enfermedad. Fondos de Reserva del S.E. [Seguro de Enfermedad]. Reglamento de Servicios Sanitarios del S.E. [Seguro de Enfermedad]".

- Leg. 49.4. "Reglamento del Seguro de Enfermedad. Años 1950 a 1957".
- Leg. 49.5. "Reglamento del Seguro de Enfermedad. Año 1958".
- Leg. 49/A. "Normas [de] organización [de los] Servicios Médicos del S.O.E. Comisión de Enlace SOE [Seguro Obligatorio de Enfermedad] para redactar normas [de los] Servicios Médicos. Actas de la Comisión de Enlace SOE [Seguro Obligatorio de Enfermedad].
- Leg. 49/A/1. "Instalaciones Sanitarias del Seguro de Enfermedad. Plan de Instalaciones Sanitarias SOE [Seguro Obligatorio de Enfermedad] y Obra Maternal Infantil. Adquisición [de] material e Instrumental Sanitario. Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias del SOE [Seguro Obligatorio de Enfermedad]".
- Leg. 49/B. "Viajes para la implantación del Seguro de Enfermedad. Sres. Criado del Rey y Gómez Sabugo, Barcelona. Sr. Jordana de Pozas a varias provincias. Sres. Galcerán y Fuentes por toda España. Sres. Criado del rey, Alvarez Ude, Maestro y Maestro, Gómez Sabugo y Saez de Miera a varios Países europeos. Sres. Garay y Garay, Shaw Loring, y de la Cámara, a Estados Unidos. Sres. Lafont Lopidana y Pérez Saez de Miera a Suiza para adquisición [de] material sanitario SOE".
- Leg. 49/C. "Propaganda del Seguro de Enfermedad. Implantación del Seguro de Enfermedad".
- Leg. 49/D. "Caja Nacional del Seguro de Enfermedad. Capital Fundacional de la C.N.S.E. [Caja Nacional del Seguro de Enfermedad].
- Leg. 49/E. "Ponencia del Seguro de Enfermedad: Actas. Consultas s./ [sobre la] aplicación [del] Seguro de Enfermedad. Información [sobre] asegurados. Servicio de Farmacia".
- Leg. 49/F. "Entidades colaboradoras del Seguro de Enfermedad. Régimen [de] Conciertos [con] Entidades Colaboradoras [del] Seguro de Enfermedad".
- Leg. 49/G. "Conciertos y Convenios del Seguro de Enfermedad".
- Leg. 49/G/3. "Conciertos y Convenios [del] Seguro de Enfermedad. Convenio con [el] Consejo Gral. [General de] Colegios Farmacéuticos para fijación [de] tarifas reducidas y atenciones [de los] servicios farmacéuticos para aplicación del S.E. [Seguro de Enfermedad]. Petitorio [de] Especialidades Farmacéuticas S.O.E. [Seguro Obligatorio de Enfermedad]. Comisión para Petitorio Específico S.O.E. [Seguro Obligatorio de Enfermedad]. Ponencia para el Concierto con el Consejo Gral. [General de] Colegios Farmacéuticos. Art. 153 texto refundido disposiciones complementarias S.O.E. [Seguro Obligatorio de Enfermedad]. O.M. 19-2-[19]46. Concierto con Diputaciones Prov. [Provinciales] para indemnización [de] gastos farmacéuticos por beneficiarios S.O.E. [Seguro Obligatorio de Enfermedad] por prestaciones en Centros Benéficos de las mismas. Concierto con [el] Consejo Gral. [General de] Colegios Farmacéuticos para suministro Especialidades Farmacéuticas [al] S.O.E. [Seguro Obligatorio de Enfermedad]. Exención [del] impuesto [del] timbre [en] documentos y facturas [de] Colegios Oficiales Farmacéuticos en sus Suministros [al] S.O.E. [Seguro Obligatorio de Enfermedad].
- Leg. 49-I. "Documentación sobrante".
- Leg. 49-J. "Jefatura Nacional del Seguro de Enfermedad".
- Leg. 49-K. "Problemas del Seguro de Enfermedad. Ponencia para el estudio de los Problemas [del] Seguro [de] Enfermedad. Estudios para la resolución de los problemas SOE [Seguro Obligatorio de Enfermedad].
- Leg. 49-L. "Informes sobre el Seguro de Enfermedad: Informe s/ [sobre] servicios de la Beneficencia y el SOE [Seguro Obligatorio de Enfermedad].

Informe s/ [sobre] prestaciones farmacéuticas en el SOE [Seguro Obligatorio de Enfermedad]. Informe s/ [sobre] procedimiento de revisión [de] recetas SOE [Seguro Obligatorio de Enfermedad].

- Leg. 49.M. “Consejo Nacional del Seguro de Enfermedad. Comisión Nacional de Enlace del Seguro de Enfermedad. Comisión Especial SOE [Seguro Obligatorio de Enfermedad] en Consejo Admon [Administración del] INP [Instituto Nacional de previsión].

Comisión del Seguro de Enfermedad. Actas de las reuniones de trabajo. Signatura: DH-E3-B3 [1933-1941]

- Leg. 1. “Comisión del Seguro de Enfermedad – Anteproyecto de Ley: antecedentes”.
- Leg. 2. “Comisión del Seguro de Enfermedad – Anteproyecto de Ley: actas de la Comisión”.
- Leg. 3. “Comisión del Seguro de Enfermedad – Anteproyecto de Ley: notas de prensa”.
- Leg. 4. “Anteproyecto de Ley. Conclusiones adoptadas por las distintas ponencias designadas por la Comisión del Seguro de Enfermedad”.
- Leg. 5. “Anteproyecto. Reglamento del Seguro de Enfermedad: bases de trabajo y texto aprobado por la ponencia [5-IV-1943]”.
- Leg. 6. “Comisión del Seguro de Enfermedad – Anteproyecto de Ley: resumen de las contestaciones recibidas al cuestionario distribuido por el Ministerio de Trabajo al Seguro de Enfermedad”.
- Leg. 7. “Comisión del Seguro de Enfermedad – Anteproyecto de Ley”.
  - 7.1. “Anteproyecto de Ley elaborado el 4-5-42”.
  - 7.2. “Primer anteproyecto de Ley 21-2-41”.

Seguro de Enfermedad. Oficios circulares. Signatura: 1-15-A4 [1946-1947]

- Expedientes relativos a las entidades colaboradoras [5-I-1946 / 31-III-1947].

Instituto Nacional de Previsión. Actas [1948]. Signatura: E5-B4. Tomo 01.

- “Ponencia de Seguro de Enfermedad”.
- “Comisión de enlace con la Dirección General de Sanidad y demás organismos oficiales”.
- “Comisión designada para la confección del Petitorio de Especialidades Farmacéuticas del Seguro de Enfermedad”.
- Comisión mixta designada de acuerdo con la base decimoquinta del Convenio entre la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacia [sic].

## B. Fuentes impresas

Series periódicas

ABC. Madrid: Prensa Española, 1912-1955. [<http://hemeroteca.abc.es/nav/Navigate.exe/hemeroteca/madrid/abc.html>].

ABC. Sevilla: Prensa Española, 1929-1955. [Consultado en <http://hemeroteca.abc.es/nav/Navigate.exe/hemeroteca/sevilla/abc.sevilla.html>].

*Anuario Estadístico de España*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 1858-1955. [Consultado en: <http://www.ine.es/inebaseweb/25687.do>].

*Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España, 1942-1955.

*Boletín de información - Instituto Nacional de Previsión*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión [Imprenta Hijos de E. Minuesa], 1941-1946.

*Boletín Oficial del Estado*. Madrid: Imprenta del Boletín Oficial del Estado, 1936-1961 [Consultado en: [http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases\\_datos/gazeta.php](http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/gazeta.php)].

*Gaceta de Madrid*. Madrid: [Imprenta de la Gaceta de Madrid], 1813-1934. [Consultado en: [http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases\\_datos/gazeta.php](http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/gazeta.php)].

*Gaceta de Madrid: Diario Oficial de la República*. Madrid: [Imprenta de la Gaceta de Madrid], 1934-1936. [Consultado en: [http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases\\_datos/gazeta.php](http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/gazeta.php)].

*Gaceta de la República. Diario Oficial*. Madrid / Valencia / Barcelona: [Imprenta de la Gaceta de Madrid], 1936-1939. [Consultado en: [http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases\\_datos/gazeta.php](http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/gazeta.php)].

*Revista del Seguro de Enfermedad*. Madrid: Ministerio de Trabajo, Dirección General de Previsión, Jefatura Nacional del Seguro Obligatorio de Enfermedad, 1952-1957.

*La Vanguardia*. Barcelona: Vanguardia ediciones, 1935-1939. [Consultado en: <http://www.lavanguardia.com/hemeroteca/>]

*La Vanguardia Española*. Barcelona; Vanguardia ediciones, 1939-1959. [Consultado en: <http://www.lavanguardia.com/hemeroteca/>]

#### Otras fuentes impresas

[ASOCIACIÓN DE LA PRENSA MÉDICA]. 1945. "Nuevos métodos de purificación y aplicación de la penicilina. Publicado en *Farmacoterapia Actual*". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 36: 6-9. Madrid.

[AZNAR, Severiano]. 1941. "Precedentes y repercusiones de las Encíclicas en España". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 1(12): 16-23. Madrid.

[AYUNTAMIENTO DE MADRID]. 1858. *Reglamento general para el ejercicio de la Beneficencia Municipal de Madrid, aprobado por S. M. en 27 de Agosto de 1858*. Madrid: Oficina Tipográfica de los Asilos de San Bernardino.

AZNAR, Severino. 1934. *El Seguro de Enfermedad y los médicos*. [Conferencia en el Ateneo Científico y Literario de Madrid el 9 de marzo de 1934]. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión.

BARDAJÍ LÓPEZ, Enrique, Mariano BELLOGÍN GARCÍA, Pedro GONZÁLEZ RODRÍGUEZ. 1934. *El seguro social de enfermedad y la sanidad municipal*. Madrid: [s.n.].

BOSCH MARÍN, Juan. 1942. "Seguro de maternidad. Eficacia de Instituciones sanitarias propias". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 2(8/9): 11-16. Madrid.

CALLAHAM, R. 1945. "La fabricación de penicilina en América [Extracto de un trabajo de R. Callaham en 'El Farmacéutico', de Nueva York". *Boletín Informativo - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 35: 24-28. Madrid.

- [CARLOS III]. 1768. Ordenanzas del Ejército para su Régimen, Disciplina, Subordinación y Servicio, dadas por su Majestad Católica en 22 de octubre de 1768. [Madrid: Imprenta Real]. [Reimpresas en Caracas: Gobierno de Venezuela, 1871].
- [CARMELITAS]. 1817. *Ordenanzas aprobadas por SM y Real Consejo de Castilla, con la carta de Hermandad del General de los PP Carmelitas, del Monte Pío del Santo Escapulario de la Virgen del Carmen*. 1817. Barcelona: Imprenta de Viuda de Sastres e Hijos.
- [COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE MADRID]. 1945. "Información de Colegios. Seguro de Enfermedad". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios de Farmacéuticos de España*, 39: 22-23. Madrid.
- [COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE SEVILLA]. 1945. "El Farmacéutico en el Seguro de Enfermedad". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 31: 23-24. Madrid.
- CONGRESO NACIONAL DE SANIDAD. 1934. *Comunicaciones. Primer Congreso Nacional de Sanidad*. Madrid: Gráfica Literaria.
- CONGRESO NACIONAL DE SANIDAD. 1934. *Guía Oficial del Primer Congreso Nacional de Sanidad*. Madrid: Sáez Hermanos.
- CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA 1947. "Información del Consejo. Circular núm 1. Asunto: Seguro de Enfermedad". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 54: 9-11. Madrid.
- CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA. 1952. "Información del Consejo. Contrato entre la Obra Social '18 de Julio' y el Consejo General de Colegios para la dispensación, tramitación y liquidación de recetas". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 95: 3-9. Madrid.
- CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA. 1953. "Información del Consejo. Nuevo Convenio con el Seguro Obligatorio de Enfermedad". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 100: 4-11. Madrid.
- CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA. 1953. "Información del Consejo. Circular nº 169. Año de 1953. Asunto: Aplicación Petitorio Seguro de Enfermedad". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 103: 6-7. Madrid.
- CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA. 1953. "Información del Consejo. Circular nº 170. Año de 1953. Asunto: Envío Petitorios y normas aclaratorias". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 103: 7-8. Madrid.
- CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA. 1954. "Circular nº 179. Año 1954. Asunto: Nuevos precios de penicilina". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos*, 105: 10-11. Madrid.
- CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA. 1955. "Información del Consejo. Circular núm. 201. Año 1955. Asunto: Dispensación de

recetas a Oraco". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 108: 5-7. Madrid.

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA. 1955. "Información del Consejo. Circular nº 207. Año de 1955. Asunto: Seguro de Enfermedad. Determinación de Especialidades del Petitorio". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 110: 7. Madrid.

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA. 1955. "Información del Consejo. Circular núm. 211. Año de 1955. Asunto: Aplicación nuevo Petitorio S. O. E." *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 115: 9-10. Madrid.

CRIADO DEL REY, Sebastián. 1947. *Problemas sanitarios del Seguro de Enfermedad*. Madrid. Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión.

DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA. 1944. *Anuario Estadístico de España. Año XX. 1943*. Madrid: [Ministerio de Trabajo]. [Consultado en [www.ine.es/inebaseweb](http://www.ine.es/inebaseweb)].

DIRECCIÓN GENERAL DEL INSTITUTO GEOGRÁFICO, CATASTRAL Y DE ESTADÍSTICA. *Anuario estadístico de España. Año XVI. 1930*. Madrid: Sucesores de Rivadeneyra, 1932 [Consultado en [www.ine.es/inebaseweb](http://www.ine.es/inebaseweb)].

DIRECCIÓN GENERAL DEL INSTITUTO GEOGRÁFICO, CATASTRAL Y DE ESTADÍSTICA. *Anuario estadístico de España. Año XVIII. 1932-1933*. Madrid: Sucesores de Rivadeneyra, 1934 [Consultado en [www.ine.es/inebaseweb](http://www.ine.es/inebaseweb)].

DIRECCIÓN GENERAL DEL INSTITUTO GEOGRÁFICO Y ESTADÍSTICO. 1888. *Reseña geográfica y estadística de España*. Madrid: Imprenta de la Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico.

DIRECCIÓN GENERAL DEL INSTITUTO GEOGRÁFICO Y ESTADÍSTICO. 1916. *Anuario estadístico de España. Año II. 1915*. Madrid: Imprenta de los sobrinos de la sucesora de M. Minuesa e los Ríos, 1916 [Consultado en [www.ine.es/inebaseweb](http://www.ine.es/inebaseweb)].

DIRECCIÓN GENERAL DEL INSTITUTO GEOGRÁFICO Y ESTADÍSTICO. 1918. *Anuario estadístico de España. Año IV. 1917*. Madrid: Imprenta de la viuda de Prudencio Pérez de Velasco, 1918 [Consultado en [www.ine.es/inebaseweb](http://www.ine.es/inebaseweb)].

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD. 1946. "Registros Farmacéuticos". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de España*, 44: 37. Madrid.

[EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. 1945. "Información del Consejo". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 41: 32-34. Madrid.

[EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. 1943. "Editorial". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 11: 1-2. Madrid.

[EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. 1944. "Real Academia de Farmacia. Conferencia [de Manuel González Jáuregui]". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 25: 18-21. Madrid.

[EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. 1944. "Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos". *Boletín de*

*Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 27: 28-32. Madrid.

- [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. 1945. "Información de Colegios. Seguro de Enfermedad". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 39: 22-24. Madrid.
- [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. 1945. "Toma de posesión del Consejo General de Colegios Farmacéuticos". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 40: 5-11. Madrid.
- [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. 1945. "Información del Consejo". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 41: 32-34. Madrid.
- [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. 1946. "Información del Consejo. Nombramiento de Presidente de Honor del Colegio de Salamanca a nuestro Presidente Sr. Turrientes". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 44: 11-17. Madrid.
- [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. 1946. "Primera Asamblea del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 53: 3-21. Madrid.
- [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. 1948. "Información del Consejo. Seguro de Enfermedad". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 70: 9-10. Madrid.
- [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. 1949. "Información del Consejo. Seguro de Enfermedad". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 72: 8-10. Madrid, 1949.
- [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. 1949. "Seguro de Enfermedad. Canje de recetas". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 74: 7-8. Madrid.
- [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. 1949. "La Gran Cruz de Sanidad al Doctor Turrientes". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos*, 75: 4-5. Madrid, 1949).
- [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. 1949. "Farmacéuticos, Procuradores en Cortes". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 75: 11; 76: 42; 78: 17. Madrid.
- [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. 1950. "Editorial. Insistiendo". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 80: 1-2. Madrid.



- [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA], 1950. "Penicilina Americana 'Schenley' envasada en España. Seis grandes empresas españolas al servicio de una obra de interés nacional. La fabricación de penicilina". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 84: 33-36. Madrid.
- [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA], 1950. "Distinción a Don Teodoro de la Fuente". *Boletín de Información - Consejo General de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 84: 41. Madrid.
- [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA], 1951. "Editorial. Insistiendo con urgencia". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 89: 1-3. Madrid.
- [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA], 1951. "Inauguración de las nuevas instalaciones de la Compañía Española de Penicilina y Antibióticos". *Boletín de Información - Consejo General de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 89: 21-22. Madrid, 1951.
- [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA], 1951. "Inauguración de la primera fábrica española de penicilina". *Boletín de Información - Consejo General de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 91: 23-25. Madrid.
- [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. 1952. "Don Alberto García Ortiz nuevo Jefe nacional del Sindicato de Industrias Químicas". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 94: 35. Madrid.
- [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA] 1953. "La producción de penicilina en Inglaterra". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 99: 18. Madrid.
- [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA], 1953. "Nuevo Convenio". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos*, 100: 3-4. Madrid.
- [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA], 1954 "Información del Consejo. Entre los días 15 al 24 de Febrero el Consejo General de Colegios Farmacéuticos se reunió en sesión plenaria. Los Sres. Consejeros celebraron un importante cambio de impresiones con el Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 104: 13-14. Madrid.
- [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA], 1954. "S.E. el Jefe del Estado recibe al Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España. La Audiencia se celebró en el Palacio de El Pardo al mediodía del 24 de febrero". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 104: 10-12. Madrid, 1954.
- [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA], 1955. "Comunicación de la Jefatura Nacional del S. de Enfermedad sobre especialidades amparadas en el Petitorio". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 108: 10-11. Madrid.

- [EDITORIAL. EL GENIO MÉDICO-QUIRÚRGICO]. 1868. "Gestión importante. Proyecto de un Congreso médico profesional". *El Genio Médico-Quirúrgico. Periódico de Ciencias Médicas*, 15 (664): 177-178. Madrid.
- [EDITORIAL. INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN]. 1941. "Seguros sociales. Intensa propaganda del Subsidio de Vejez". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 1(3): 33-35. Madrid.
- [EDITORIAL. INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN]. 1941. "Instituto Nacional de Previsión. Actividad del Instituto. Acuerdos del Consejo en relación con el fallecimiento del Director". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 1(5): 11-12. Madrid.
- [EDITORIAL. INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN]. 1941. "Instituto Nacional de Previsión. Actividad del Instituto. Constitución del nuevo Consejo y toma de posesión del Comisario y Subcomisario". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 1(6): 14-16. Madrid.
- [EDITORIAL. INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN]. 1941. "Sindicatos. II Consejo Sindical de Falange". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 1(6): 57-65. Madrid.
- [EDITORIAL. INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN]. 1941. "Seguro de enfermedad. Nombramiento de una Comisión". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 1(7/8): 36-38. Madrid.
- [EDITORIAL. INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN]. 1941. "Sindicatos. Obra Sindical de Previsión Social". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 1(7/8): 108. Madrid.
- [EDITORIAL. INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN]. 1942. "Nuevo dispensario maternal e infantil". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 2(3): 38-39. Madrid.
- [EDITORIAL. INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN]. 1942. "Ministerio de Trabajo. Comisión de la Legislación social". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 2(4): 78-81. Madrid.
- [EDITORIAL. INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN]. 1942. "Sindicatos. Obra Sindical '18 de Julio'". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 2(10): 77-80. Madrid.
- [EDITORIAL. INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN]. 1942. "Seguros sociales. Seguro de Enfermedad. Nueva Comisión". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 2(11): 47. Madrid.
- [EDITORIAL. INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN]. 1943. "Actividad del Instituto. Presidencia del Instituto Nacional de Previsión". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 3(2): 15. Madrid.
- [EDITORIAL. REVISTA DEL SEGURO DE ENFERMEDAD]. 1952. "Petitorio oficial", *Revista del Seguro de Enfermedad*, 1(1): 36-38. Madrid, 1952.
- [EDITORIAL. REVISTA DEL SEGURO DE ENFERMEDAD]. 1952. "Noticias. De la estancia en Valencia del Director General de Previsión". *Revista del Seguro de Enfermedad*, 1(1): 45-46. Madrid.

- [EDITORIAL. REVISTA DEL SEGURO DE ENFERMEDAD]. 1952. "El Petitorio oficial". *Revista del Seguro de Enfermedad*, 1(2): 7-8. Madrid.
- [EDITORIAL. REVISTA DEL SEGURO DE ENFERMEDAD]. 1952. "Editorial. Primer Decenio", *Revista del Seguro de Enfermedad*, 1(10): 3-4. Madrid.
- [EDITORIAL. REVISTA DEL SEGURO DE ENFERMEDAD]. 1954. "El Consejo Nacional del Seguro Obligatorio de Enfermedad". *Revista del Seguro de Enfermedad*, 2(4): 35-36. Madrid.
- [EDITORIAL. REVISTA DEL SEGURO DE ENFERMEDAD]. 1954. "Editorial". *Revista del Seguro de Enfermedad*, 2(5/6): 11-16. Madrid.
- [EDITORIAL. REVISTA DEL SEGURO DE ENFERMEDAD]. 1954. "Situación de las obras del Plan Nacional de Instalaciones del Seguro de Enfermedad, correspondientes a los meses de julio, agosto y septiembre de 1954". *Revista del Seguro de Enfermedad*, 2(8/9): 59-64. Madrid.
- [EDITORIAL. REVISTA DEL SEGURO DE ENFERMEDAD]. 1955. "Noticiario. Nuevo Ambulatorio en Zaragoza". *Revista del Seguro de Enfermedad*, 3(16): 45-46. Madrid.
- [EDITORIAL. REVISTA DEL SEGURO DE ENFERMEDAD]. 1955. "Los específicos y la farmacia". *Revista del Seguro de Enfermedad*, 3(17/18): 2-4. Madrid.
- [EJO GARAY, Leopoldo]. 1941. "Las Encíclicas y la doctrina social de la Falange. Conferencia del Excmo. Sr. Obispo de Madrid-Alcalá en el Frente de Juventudes". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 1(11): 16-27. Madrid.
- ESPINA Y CAPÓ, Antonio. 1917. *El Seguro de Invalidez*. [La Conferencia de Seguros Sociales, documento 5]. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión [Sobrinos de Sucesora M. Vinuesa de los Ríos]
- ESPINOSA FERRÁNDIZ, Joaquín. 1932. *Acta de la Asamblea de Hermandades médico-farmacéuticas de San Cosme y San Damián de 17 de octubre de 1932*. Madrid: Federación Católica de Médicos y Farmacéuticos de las Hermandades de los Santos Cosme y Damián, San Lucas y San Pantaleón.
- ESPINOSA FERRÁNDIZ, Joaquín. 1932. *El Seguro de Enfermedad: Estudio médico-social ante su implantación en España*. Madrid: Biblioteca de la Revista de Medicina.
- ESPINOSA FERRÁNDIZ, Joaquín. 1936. "Comparecencia en la información pública sobre el Seguro de Enfermedad". *El Siglo Médico*, 4306: 658-660. Madrid, 1936.
- FERNÁN PÉREZ, Juan. 1933. "Lo que puede ser la medicina en 1934". *Blanco y Negro*, [31-XII-1933]: 207. Madrid.
- FERNÁN PÉREZ, Juan. 1934. "Primer Congreso Nacional de Sanidad". *Blanco y Negro*, [6-V-1934]: 182-185. Madrid, 1934.
- FERNÁNDEZ CASADEVANTE, Jacinto. 1934. *El Seguro Social de enfermedad ante la sanidad pública*. Madrid: Imp. de J. Cosano.
- [FRANCO, Francisco]. 1942. "Discurso del Jefe del Estado. Sacrificio, solidaridad y unidad, base de los Seguros sociales". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 2(3): 2-5. Madrid.
- FUENTE CHAOS, Alfonso de la. 1942. "Información doctrinal. Consigna: el Estado, las empresas y los seguros sociales". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 2(8/9): 1-5. Madrid.

- FUENTE CHAOS, Alfonso de la. 1943. "Seguro de Enfermedad. Conferencia del Dr. De la Fuente". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 3(2): 54-62. Madrid.
- GALLI, Leonardo de. 1822. *Contestación al informe inserto en los números III y IV, tomo 2, páginas 97 y 145 de las décadas médico-quirúrgicas y farmacéuticas*. Madrid: Imprenta de Fuentenebro.
- GASCA, Alejandro. 1955. "Comentarios sobre las prestaciones farmacéuticas". *Revista del Seguro de Enfermedad*, 3(16): 9-11. Madrid, 1955.
- [GIRÓN DE VELASCO, José Antonio]. 1942. "Discurso del Ministro de Trabajo". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 2(3): 5-8. Madrid.
- GIRÓN DE VELASCO, José Antonio. 1943. *Dos años de actuación al frente del Ministerio de Trabajo (mayo 1941-1943)*. Madrid: Ediciones de la Vicesecretaría de Educación Nacional.
- GIRÓN DE VELASCO, José Antonio. 1943. "Información doctrinal. Seguro de Enfermedad". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 3(1): 1-8. Madrid.
- GIRÓN DE VELASCO, José Antonio. 1943. "Información doctrinal. La futura empresa de los seguros sociales". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 3(2): 1-7. Madrid.
- GIRÓN DE VELASCO, José Antonio. 1950. "El Farmacéutico Español es un colaborador generoso del Seguro de Enfermedad. Importante discurso del Excmo. Sr. Ministro de Trabajo en la Sesión Plenaria de las Cortes Españolas, el día 12 de julio". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 83: 18-22. Madrid.
- HERMANDAD DE SOCORROS DE LA D. DE S. JUAN BAUTISTA. 1849. *Ordenanzas para el Régimen de la Hermandad de Socorros de la D. de S. Juan Bautista*. Barcelona: Imprenta de Oliveres Hermanos.
- HERMANDAD DE SOCORROS DE LA GLORIOSA SANTA ANA. 1829. *Ordenanzas de la Hermandad de Socorros de la Gloriosa Santa Ana. Convento de religiosos calzados de la Santísima Trinidad*. Madrid: Imprenta de don Norberto Llorenci.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. 1946. *Anuario Estadístico de España. Año XXI. 1944-1945*. [Madrid: Presidencia del Gobierno]. [Consultado en [www.ine.es/inebaseweb](http://www.ine.es/inebaseweb)].
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. 1948. *Anuario Estadístico de España. Año XXII. 1946-1947*. [Madrid: Presidencia del Gobierno], 2 vols. [Consultado en [www.ine.es/inebaseweb](http://www.ine.es/inebaseweb)].
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. 1949. *Anuario Estadístico de España. Año XXIII. 1948*. [Madrid: Presidencia del Gobierno]. [Consultado en [www.ine.es/inebaseweb](http://www.ine.es/inebaseweb)].
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. 1950. *Anuario Estadístico de España. Año XXIV. 1949*. [Madrid: Presidencia del Gobierno]. [Consultado en [www.ine.es/inebaseweb](http://www.ine.es/inebaseweb)].
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. 1951. *Anuario Estadístico de España. Año XXV. 1950*. [Madrid: Presidencia del Gobierno]. [Consultado en [www.ine.es/inebaseweb](http://www.ine.es/inebaseweb)].

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. 1952. *Anuario Estadístico de España. Año XXVI. 1951*. [Madrid: Presidencia del Gobierno]. [Consultado en [www.ine.es/inebaseweb](http://www.ine.es/inebaseweb)].
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. 1953. *Anuario Estadístico de España. Año XXVII. 1952*. [Madrid: Presidencia del Gobierno]. [Consultado en [www.ine.es/inebaseweb](http://www.ine.es/inebaseweb)].
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. 1954. *Anuario Estadístico de España. Año XXVIII. 1953*. [Madrid: Presidencia del Gobierno]. [Consultado en [www.ine.es/inebaseweb](http://www.ine.es/inebaseweb)].
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. 1955. *Anuario Estadístico de España. Año XXIX. 1954*. [Madrid: Presidencia del Gobierno]. [Consultado en [www.ine.es/inebaseweb](http://www.ine.es/inebaseweb)].
- INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. 1914. *2ª Conferencia sobre previsión popular*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión. [Sobrinos de la Sucesora de M. Minuesa de los Ríos].
- INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. 1917. *Conferencia de Seguros Sociales en Madrid 1917*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión [Sobrinos de la Sucesora de M. Minuesa de los Ríos].
- INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. 1925. *Conferencia Nacional de Seguros de Enfermedad, Invalidez y Maternidad en Barcelona 1922*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión [Sobrinos de la Sucesora de M. Minuesa de los Ríos].
- INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. 1927. *La cuestión del seguro de enfermedad ante la X reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo en Ginebra*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión. [Sobrinos de la Sucesora de M. Minuesa de los Ríos].
- INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. 1931. *Convenio del Instituto Nacional de Previsión con el Consejo General de Colegios de Médicos Españoles*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión.
- INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. 1931. *Convenio del Instituto Nacional de Previsión con la Federación Española de Colegios Oficiales de Matronas*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión.
- INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. 1931. *Convenio del Instituto Nacional de Previsión con la Unión Farmacéutica Nacional*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión.
- INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. 1932. *Unificación de los seguros sociales. Ponencia para su estudio*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión [Sobrinos de la Sucesora de M. Minuesa de los Ríos].
- INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. 1932. *Cuestionario para el estudio del Seguro de Enfermedad*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión [Sobrinos de la Sucesora de M. Minuesa de los Ríos].
- INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. 1932. *Composición del Consejo de Patronato y de la Junta de Gobierno*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión [Sobrinos de la Sucesora de M. Minuesa de los Ríos].

- INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. 1932. *El servicio médico y el seguro social*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión [Sobrinos de la Sucesora de M. Minuesa de los Ríos].
- INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. 1933. *Convenio del Instituto Nacional de Previsión con el Consejo General de Colegios de Médicos Españoles*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión.
- INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. 1933. *Convenio del Instituto Nacional de Previsión con la Unión Farmacéutica Nacional*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión.
- INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. 1933. *Conferencia internacional de las uniones nacionales de sociedades mutuas y de cajas de seguros*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión.
- INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. 1934. *Convenio del Instituto Nacional de Previsión con la Federación Española de Colegios Oficiales de Matronas*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión.
- INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. 1935. *Convenio del Instituto Nacional de Previsión con el Consejo General de Colegios de Médicos Españoles*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión.
- INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. 1936. *Memoria del Instituto Nacional de Previsión en 1935, presentada al Consejo de Patronato en sesión de 4 de julio de 1936*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión.
- INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. 1947. *Edificios sanitarios para el Seguro de Enfermedad*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión.
- INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. 1953. *I Asamblea General del Instituto Nacional de Previsión. Composición de la Asamblea*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión [Sucesores de Rivadeneyra, S.A.].
- Instituto Nacional de Previsión. 1959. *El Seguro Social de Enfermedad: 1942-1959*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión.
- JEFATURA NACIONAL DEL SEGURO OBLIGATORIO DE ENFERMEDAD. 1955. *Catálogo de especialidades farmacéuticas incluidas en el petitorio* [octubre, 1955]. Madrid: Dirección General de Previsión. Ministerio de Trabajo.
- [JEFATURA NACIONAL DEL SEGURO OBLIGATORIO DE ENFERMEDAD]. 1955. "Comunicación de la Jefatura Nacional de S. de Enfermedad sobre especialidades amparadas en el Petitorio". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 108: 10-11. Madrid.
- JEFATURA NACIONAL DEL SEGURO OBLIGATORIO DE ENFERMEDAD. 1955. *Catálogo de especialidades farmacéuticas incluidas en el petitorio*. [Madrid: Ministerio de Trabajo].
- JEFATURA NACIONAL DE LA OBRA SINDICAL '18 DE JULIO'. 1951. *La Obra Sindical '18 de julio' nos ofrece...*. Madrid: Departamento de Propaganda de la Jefatura Nacional de la Obra Sindical '18 de julio' / Servicios Sindicales del Seguro de Enfermedad.
- JIMÉNEZ VICENTE, Inocencio. 1936. *La unificación de los seguros sociales* [3ª edición]. [Publicaciones del INP, 476]. Madrid: Instituto Nacional de Previsión [Imp. y enc. de los Sobrinos de la Sucesora de M. Minuesa de los Ríos].

- JORDANA DE POZAS, Luis. 1941 "Información doctrinal. El principio de unidad y los seguros sociales". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 1(7/8): 1-15. Madrid.
- [JORDANA DE POZAS, Luis]. 1942. "La previsión y los seguros sociales". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 2(4): 24-30. Madrid.
- [JORDANA DE POZAS, Luis]. 1943. "Actividad del Instituto. Presidencia del Instituto Nacional de Previsión [Discurso del Comisario del Instituto]". *Boletín de Información - Instituto Nacional de Previsión*, 3(2): 15-17. Madrid.
- JORDANA DE POZAS, Luis. 1952. *Conferencia en la IV reunión del Congreso Iberoamericano de Seguridad Social*. Madrid: Organización Iberoamericana de Seguridad Social.
- JORDANA DE POZAS, Luis. 1953. *Los Seguros Sociales en España de 1936 a 1950. Informe sobre las actividades y resultados de la gestión del Instituto Nacional del Instituto Nacional de Previsión, presentado por su Director general... I Asamblea General del Instituto Nacional de Previsión. Sección I*. Madrid: Ministerio de Trabajo / Instituto Nacional de Previsión.
- [LABORATORIOS LEFA]. "La penicilina. Revista general". 1945. *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 35: 8-17. Madrid.
- LÓPEZ NÚÑEZ, Álvaro. 1908. *El Seguro Obrero en España*. Madrid: Imprenta de la Sucesora de M. Minuesa de los Rios.
- MARVÁ Y MAYER, José, 1922. *Conferencia Nacional de Seguros de Enfermedad, Maternidad e Invalidez*. [Madrid: Imprenta de 'La Enseñanza'].
- MÉDICOS TITULARES-INSPECTORES MUNICIPALES DE SANIDAD. *Actas de las sesiones de la asamblea de médicos titulares-inspectores municipales de sanidad*. Madrid, 22-24 de Marzo de 1926. [Sl.: s.i.], [ca. 1926]. [BNE, signatura: VC/1064/4].
- MESONERO ROMANOS, Ramón. 1845. *Nuevo manual histórico-topográfico-estadístico y descripción de Madrid*. Madrid: Imprenta de la Viuda de D. Antonio Yenes.
- MONTEPÍO DE LOS CIRUJANOS DEL EJÉRCITO Y CATEDRÁTICOS DE LOS REALES COLEGIOS DE CIRUGÍA. 1803. *Nuevo Real Establecimiento para Gobierno del Montepío de los cirujanos del Ejército y catedráticos de los Reales Colegios de Cirugía*. Madrid: Imprenta Real.
- MONTEPÍO DE REALES OFICINAS. 1797. *Nuevo Reglamento que S.M se ha servido expedir para el gobierno del Montepío de Reales Oficinas*. Madrid: Imprenta de la Viuda de Ibarra.
- MONTEPÍO DEL SAGRADO CORAZÓN DE MARÍA. 1849. *Ordenanzas para el Régimen y Gobierno del Montepío bajo la Invocación del Sagrado Corazón de María establecido en Barcelona*. Barcelona: Imprenta de Agustín Marcoball.
- MONTEPÍO DE SERENOS. 1947. *Reglamento del Montepío de Serenos*. Barcelona: Exlibris.
- MORAGAS Y BARRET, Francisco. 1917. *Orden de prelación en la implantación de los seguros sociales [La Conferencia de Seguros Sociales, 8]*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión [Sobrinos de la Sucesora de M. Minuesa de los Rios].

- OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO. 1957. *Código Internacional del trabajo 1955. Presentación metódica de los convenios y recomendaciones adoptados por la Conferencia Internacional del Trabajo, 1919-1955, con anexos en que figuran otras normas de política social...* Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo, 2 vols.
- PASCUA, Marcelino. 1934. *El Seguro de Enfermedad y los médicos españoles [Conferencia impartida en el Ateneo de Madrid el día 26 de enero de 1934]*. Madrid: Unión Poligráfica, SA.
- PEMARTÍN, José. 1929. *Los valores históricos de la dictadura española*. Madrid: Publicaciones de la Junta de propaganda patriótica y ciudadana.
- PÉREZ MATEOS, José. 1932. "Asamblea ordinaria de representantes de la asociación oficial de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad: Segunda sesión, la conferencia del Dr. Pérez Mateos". *El Siglo Médico*, 90(4115): 445-446. Madrid.
- PÉREZ MATEOS, José. 1934. "La orientación social". *Blanco y Negro*, [30-XII-1934]: 198. Madrid.
- RUBIO, Leandro. 1862. *Almanaque político y literario de La Iberia para 1862*. Madrid: Imprenta y Redacción de La Iberia.
- SÁENZ DE MIERA Daniel P. 1953. "Nuevo Petitorio de especialidades farmacéuticas del S. O. E." *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 103: 8-10. Madrid.
- SANGRO Y ROS DE OLANO, Pedro. 1947. "Clausura de la exposición de anteproyectos de edificios sanitarios para el seguro de enfermedad en el Círculo de Bellas Artes, el día 25 de noviembre de 1946". En: Sebastián Criado del Rey (ed.). *Problemas sanitarios del Seguro de Enfermedad*. 6-7. Madrid. Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión.
- SAURÍ, Manuel, José MATAS. 1854. *Manual histórico-topográfico estadístico y administrativo o sea Guía general de Barcelona*. Barcelona: Imprenta y Librería de Manuel Saurí.
- SINDICATO MÉDICO DE MADRID Y SU PROVINCIA, COMITÉ DE DELEGADOS MÉDICOS DE SOCIEDADES DE MADRID. 1922. *Criterio profesional*. Madrid: Sobrinos de M Minuesa de los Ríos.
- SOCIEDAD FARMACÉUTICA GENERAL DE SOCORROS MUTUOS. 1850. *Estatutos de la Sociedad Farmacéutica General de Socorros Mutuos*. Madrid: Imprenta, fundición y librería de D Eusebio Aguado.
- SOCIEDAD GENERAL DE SOCORROS MUTUOS ENTRE PROFESORES DE INSTRUCCIÓN PÚBLICA. 1841. *Bases Constitutivas de la Sociedad General de Socorros Mutuos entre Profesores de Instrucción Pública*. 1841. Madrid: Imprenta Nacional.
- SOCIEDAD MÉDICA GENERAL DE SOCORROS MUTUOS. 1841. *Estatutos de la Sociedad Médica General de Socorros Mutuos*. Madrid: Imprenta de D. Salvador Albert.
- SOCIEDAD DE SOCORROS MUTUOS DE ARTÍFICES PLATEROS DEL REINO. 1843. *Estatutos de la Sociedad de Socorros Mutuos de Artífices Plateros del Reino*. Madrid: Imprenta del Colegio de Sordomudos.
- SOCIEDAD DE SOCORROS MUTUOS DE LOS JURISCONSULTOS. 1841. *Estatutos de la Sociedad de Socorros Mutuos de los Jurisconsultos*. Madrid: Imprenta de D. León Amarita.



SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA. *Pequeño anuario estadístico de España. Año I. 1936*. Madrid: Talleres tipográficos Plutarco [Consultado en [www.ine.es/inebaseweb](http://www.ine.es/inebaseweb)].

TRAVESI, Andrés. "Hace ya once años que funciona en España el Seguro Obligatorio de Enfermedad. Facilita a los trabajadores asistencia económica y médico-farmacéutica [Entrevista a Daniel Pérez Sáenz de Miera]. *ABC*, [26-IX-1955]: 19-21. Madrid, 1955.

TURRIENTES DE MIGUEL, Ramón. 1946. "Charla por Radio Nacional". *Boletín de Información - Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 53: 3-21. Madrid.

## Bibliografía

ALONSO OLEA, Manuel. 1988. "Las mutualidades de previsión social". En: Evelio Verdera Tullés (ed.) *Comentarios a la Ley de Ordenación del Seguro Privado*, 1: 489-544. Madrid: Estudios Empresariales y Financieros.

ALONSO SECO, José María, Bernardo GONZALO GONZÁLEZ. 2000. *La asistencia social y los servicios sociales en España*. Madrid: Publicaciones del Boletín Oficial del Estado.

ÁLVAREZ, Santiago. 1994. *Negrín, personalidad histórica: biografía*. Madrid: Ediciones de la Torre, 1994, 2 vols.

ARRAZOLA, Lorenzo. 1856. *Enciclopedia Española de Derecho y Administración*. IX. Madrid: Imprenta de la Revista de Legislación y Jurisprudencia.

ARTOLA GALLEGO, Miguel. 1989. "Prólogo". En: Álvaro Soto Carmona. *El trabajo industrial en la España contemporánea, 1874-1936*: 7-10. Madrid: Anthropos.

ARZAC, Antonio. 1903. "Apuntes biográficos [Tomás Balbás]". *Euskal-Erria. Revista Bascongada*, 48(1): 520-531. San Sebastián.

ATIENZA FERNÁNDEZ, Juan, Benito DÍAZ DÍAZ, Esteban RODRÍGUEZ OCAÑA. 2008. *El Centro secundario de higiene rural de Talavera de la Reina*. Talavera de la Reina (Toledo): Colectivo de Investigación histórica Arrabal [UNED].

AZNAR, Severino. 1942. *Marv y la política social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, Servicio Exterior y Cultural.

BALLESTERO, Alfonso. 1993. *Juan Antonio Suanzes 1891-1977. La política industrial de la postguerra*. León: LID Editorial.

BARCA LAGO, Modesto. 2007. *Abogacía y ciudadanía*. Madrid: Dykinson.

BARONA VILAR, Josep Lluís. 1992. *La doctrina y el laboratorio*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

BARONA VILAR, Josep Lluís. *Achúcarro, Marañón, Negrín. Medicina y compromisos. Entre la experimentación y la política*. Madrid: Nivola, 2001.

BARONA VILAR, Josep Lluís (ed.). 2003. *Ciencia, salud pública y exilio (España, 1875-1939)*. Valencia: Seminari d'estudis sobre la ciència.

BARONA VILAR, Josep Lluís, Josep BERNABEU MESTRE. 2008. *La salud y el Estado. El movimiento sanitario internacional y la administración española (1851-1945)*. Valencia: Universitat de Valencia.

- BARRADA RODRÍGUEZ, Alfonso. 2001. *La protección Social en España hacia 1845*. Bilbao: Fundación BBVA.
- BARRIO, Ángeles, Manuel SÁNCHEZ CORTINA. 1999. *El reinado de Alfonso XIII. España a comienzos del siglo XX (1902-1931)*. [Historia de España, 11]. Madrid: Espasa Calpe.
- BASANTE POL, Rosa, Patricia MARTÍN FERNÁNDEZ, Carlos del CASTILLO RODRÍGUEZ. 2011. "La industria farmacéutica española, en la España autárquica, a través de NODO". En: Antonio González Bueno, Guillermina López Andújar, María Dolores Cabezas López, Carmen Martín Martín, Juan Esteva de Sagrera (eds.). *Homenaje al Prof. Dr. José Luis Valverde*: 551-561. Granada: SDUHFE / Universidad de Granada.
- BERNABEU MESTRE, Josep. 2000. "La utopía reformadora de la segunda república: la labor de Marcelino Pascua al frente de la Dirección General de Sanidad, 1931-1933". *Revista Española de Salud Pública*. 74: 1-13. Madrid.
- BERNABEU MESTRE, Josep. 2003. "La contribución del exilio científico español al desarrollo de la salud pública venezolana. Santiago Ruesta Marco, 1938-1969". En: Josep Lluís Barona Vilar (ed.). *La Ciencia, salud pública y exilio (España 1875-1939)*: 223-256. Valencia: Universitat de València.
- BLAYE, Edouard de. 1974. *Franco ou la monarchie sans roi*. París: Ed. Stock.
- BOROBIO GARCÍA, Dionisio. 2003. *Hermandades y cofradías entre pasado y futuro*. Barcelona: Centro de Pastoral Litúrgica.
- CARR, Raimond. 2009. *España 1808-2008*. Barcelona: Editorial Ariel.
- CARRASCO, Isabel. 1998. "Evolución del sistema sanitario español". En: Fernando Lamata. *Manual de Administración y Gestión Sanitaria*: 141-153. Madrid: Díaz de Santos.
- CARRASCO URGOITI, Maria Soledad. 1980. "Ricardo Urgoiti, un ingeniero de la 'generación del 27'", *El País*, 3-I-1980. Madrid.
- CARUANA, Leonardo. 2007. "El primer franquismo (1939-1949): la posguerra interminable". En: Agustín González Enciso, Juan Manuel Matés Barco (coords.). *Historia Económica de España*: 687-705. Barcelona: Ariel.
- CASANOVA, Julián, Carlos GIL ANDRÉS. 2009. *Historia de España en el siglo XX*. Barcelona: Editorial Ariel.
- CASANOVA AGUILAR, Isabel. 1985. *Aproximación a la Constitución nonnata de 1856*. Murcia: Secretariado de Publicaciones Universidad de Murcia.
- CELESTINO REY, Fernando. 2006. "Estadística y Falangismo". En: Jesús Santos del Cerro, Marta García Secades (coords.). *Historia de la probabilidad y la estadística (III)* [Jornadas de Historia de la Estadística y de la Probabilidad (3). Madrid, 2005]: 291-300. Madrid: Asociación de Historia de la Estadística y de la Probabilidad de España / Delta Publicaciones Universitarias.
- CERDÁ Y RICHARD, Baldomero. 1943. *Historia y doctrina del mutualismo*. Barcelona: Bosch.
- CHAUCHARD, Jean-Pierre. 2012. "Les nécessaires mutations de l'État Providence: du risque social l'émergence d'un droit-besoin". *Droit social*. 2: 135-139. París

- CLIMENT SANJUAN, Víctor. 2004. *Estructura social de España y Cataluña*. Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona.
- COBO ROMERO, Francisco, Teresa María ORTEGA LÓPEZ. 2005. *Franquismo y posguerra en Andalucía Oriental. Represión, castigo a los vencidos y apoyos sociales al régimen franquista, 1936-1950*. Granada: Universidad de Granada.
- COMÍN, Francisco, Mauro HERNÁNDEZ, Enrique LLOPIS. 2010. *Historia económica de España, siglos X-XX*. Barcelona: Editorial Crítica.
- COMITI, Vicent-Pierre. 2002. *Les textes fondateurs de l'action sanitaire et sociale*. Paris: ESF éditeur.
- COSTAS LOMBARDÍA, Enrique. 1997. "Federico Mayor Domingo, estudioso y promotor de la industria farmacéutica". *El País*, 12-II-1997. Madrid.
- CRESPO MACLENNAN, Julio. 2004. *España en Europa, 1945-2000, del ostracismo a la modernidad*. Madrid: Marcial Pons.
- CUESTA BUSTILLO, Josefina. 1988. *Hacia los Seguros Sociales Obligatorios. La crisis de la restauración*. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- DANVILA Y COLLADO, Manuel. 1893. *Reinado de Carlos III*. México DF: El Progreso Editorial. 2 vols.
- DÁVILA JALÓN, Valentín. *Una vida al servicio de España: General don Fidel Dávila Arrondo, 1878-1962*. Madrid: [Valentín Dávila Jalón], 1978.
- DE LA VILLA GIL, Luis Enrique, Aurelio DESDENTADO BONETE. 1977. *Manual de Seguridad Social*. Madrid: Aranzadi.
- DÍAZ-PLAJA, Fernando. 1969. *La guerra de España en sus documentos*. Barcelona: Plaza & Janés.
- DOMINGUEZ VILAPLANA, Rafaela, Antonio GONZALEZ BUENO. 2009. "La industria químico-farmacéutica alemana en España (1880-1949)". *Llull*, 32(70): 295-316. Zaragoza.
- DURAND, Paul. 1953. *La politique contemporaine de Sécurité Sociale*. París: Librairie Dalloz.
- [EDITORIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA]. 1983. "In memoriam. Semblanza de Ramón Turrientes Miguel", *Boletín del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España*, 70: 47. Madrid.
- ENRECH MOLINA, Carles. 2007. "Género y sindicalismo en la industria textil (1836-1923)". En: Cristina Borderías Mondéjar (coord.). *Género y políticas del trabajo en la España Contemporánea, 1836-1936*: 127-162. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona / Icaria editorial.
- ESCRIBANO HERNÁNDEZ, Julio. 1998. *Pedro Sainz Rodríguez, de la Monarquía a la República*. Madrid: Fundación Universitaria Española.
- ESCRIBANO HERNÁNDEZ, Julio. 2011. *Historia viva de las cartas de Pedro Sainz Rodríguez, 1897-1986. El Ministro de Franco que quiso restaurar a Don Juan*. Madrid: La Esfera de los Libros.
- ESPADAS BURGOS, Manuel, José Luis COMELLAS. 1987. *La época de Franco [Historia General de España y América, 19]*. Madrid: Ediciones Rialp.

- FERNÁNDEZ CUESTA, Raimundo. 1985. *Testimonio, recuerdos y reflexiones*. Madrid: Dyrsa.
- FERNÁNDEZ DE MENDIOLA, Francisco. 2007. *Isaac Puente, el médico anarquista*. Tafalla [Nafarroa]: Editorial Txalaparta.
- FERNÁNDEZ GARCÍA, Antonio. 1976. "Madrid, 1890. Aproximación a una crisis sanitaria". *Boletín de la Real Academia de la Historia*, 173: 247-295. Madrid.
- FERNÁNDEZ PÉREZ, Adolfo. 1995. *Luchas y revoluciones obreras en la España contemporánea*. Torrejón de Ardoz (Madrid): Editorial Akal.
- FERNÁNDEZ-CREHUET LÓPEZ, Antonio Manuel, Antonio Manuel HESPANHA. 2008. *Franquismus um Salazarismus: Legitimation durch Diktatur?*. Frankfurt: Vitorio Klostermann.
- FERRER DEL RÍO, Antonio. 1856. Historia del reinado de Carlos III en España. Madrid: Imprenta de los señores Matute y Compagni. 4 vols.
- FRAILE, Pedro. 2001. *Modelar para gobernar: El control de la población y el territorio en Europa y Canadá. Una perspectiva política*. Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona.
- FRANCÉS CAUSAPÉ, María del Carmen. 2005. "Necrología [Alberto García Ortiz]". *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia*, 71(1): 266. Madrid.
- GALLEGO, José Andrés, Antón M. PAZOS. 1999. *La Iglesia en la España Contemporánea (1800-1936)*. Madrid: Encuentra.
- GARCÍA CUADRADO, Antonio María. 2002. *El ordenamiento constitucional: Un enfoque histórico y formal de la teoría de la constitución y de las fuentes del derecho*. San Vicente (Alicante): Editorial Club Universitario.
- GARCÍA DELGADO, José Luís, Juan Pablo FUSI, José Manuel SÁNCHEZ RON. 2008. *España y Europa*. Sabadell (Barcelona): Crítica / Marcial Pons.
- GARCÍA GÓMEZ, Carmen, Javier ORDAZ ROMAY. 2005. *Materiales para la Historia de España*. Tres Cantos (Madrid): Ediciones Akal.
- GARCÍA GUERRA, Delfín. 2001. *La Facultad de Medicina de Santiago en el siglo XIX*. Santiago de Compostela: Servicio de publicaciones e intercambio científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- GARRIDO GONZÁLEZ, Luis. 2011. "El Jaén de Zabaleta en el primer franquismo (1940-1960)". *Boletín del Instituto de Estudios Giennenses*, 204: 35-54. Jaén.
- GISBERT CALABUIG, Juan Antonio, Enrique VILLANUEVA CAÑADAS. 2004. *Medicina Legal y Toxicológica*. Madrid: Elsevier Masson.
- GÓMEZ MENDOZA, Antonio. 2000. *De Mitos y Milagros. El Instituto Nacional de Autarquía 1941-1963*. Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona.
- GÓMEZ RUÍZ, Manuel, Vicente Alonso JUANOLA. 1989. *El ejército de los Borbones: Reinado de Fernando VI y Carlos III (1746-1788)*. Madrid: Servicio Histórico Militar.
- GONZÁLEZ ARCE, José Damián. 2000. *Gremios, producción artesanal y mercado: Murcia, siglos XIV y XV*. Murcia: Universidad de Murcia.
- GONZÁLEZ BUENO, Antonio. 2007. "Un capítulo olvidado de la guerra civil: el registro centralizado de especialidades farmacéuticas durante la Junta Técnica del Estado (Valladolid, X-1936 / I-1938)". En: Antonio González Bueno, Raúl Rodríguez Nozal

- y Esteban Moreno Toral (ed.). *Simple y Compuesto. El medicamento en la Historia* [Actas de las II Jornadas celebradas por la Sociedad de Docentes Universitarios de Historia de la Farmacia de España]: 187-204. Madrid: Sociedad de Docentes Universitarios de Historia de la Farmacia de España.
- GONZÁLEZ BUENO, Antonio. 2010. "Díaz López, Nazario". *Diccionario Biográfico Español*, 16: 134-136. Madrid: Real Academia de la Historia.
- GONZÁLEZ BUENO, Antonio. "Borralló Nueda, Paulino". *Diccionario Biográfico Español*, 9: 198-199. Madrid: Real Academia de la Historia.
- GONZÁLEZ BUENO, Antonio. 2011. "Ciencia, trabajo y piedad: el quehacer farmacéutico en la España de la primera mitad del XVIII". *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia*, 77(3): 76-119. Madrid.
- GONZÁLEZ-BUENO BOCOS, Pedro. 2006. *En una España cambiante. Vivencias y recuerdos de un ministro de Franco*. Barcelona: Áltera.
- GUERRERO LATORRE, Ana, Sisinio PÉREZ GARZÓN, Germán HERNANZ. 2004. *Historia Política, 1808-1874*. Madrid: Ediciones Istmo.
- HERNÁNDEZ IGLESIAS, Fermín. 1876. *La beneficencia en España*. Madrid: Establecimientos Tipográficos de Manuel Minuesa.
- HUERTAS, Rafael. 1994. "Fuerzas sociales y desarrollo de la salud pública en España. 1917-1923". *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 68: 45-55. Madrid.
- [INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN]. 1943. *Homenaje a la memoria de D. Inocencio Jiménez*. Madrid: Publicaciones del I.N.P.
- INSTITUTO SALAZAR Y CASTRO. 1979. *Estudios a la Convención del Instituto Internacional de Genealogía y Heráldica con motivo de su XXV aniversario (1953-1978)*. Madrid: Publicaciones del Instituto Internacional de Genealogía y Heráldica.
- JACKSON, Gabriel. 2008. *Juan Negrín médico, socialista y jefe del Gobierno de la II República*. Barcelona: Crítica.
- JACKSON, Gabriel, Víctor ALBA. 2004. *Juan Negrín: cara y cruz*. Barcelona: Ediciones B.
- JIMÉNEZ-LUCENA, Isabel. 1997. "El Estado como aliado. Los médicos y el proceso de estatalización de los servicios sanitarios en la segunda República Española". *Asclepio*, 49(1): 193-216. Madrid.
- JOVELLANOS, Gaspar Melchor de. 1859. *Biblioteca de autores españoles: Obras de Don Gaspar Melchor de Jovellanos*. Madrid: Ediciones Rivadeneyra.
- JUTGLAR, Antoni. 1984. *Historia crítica de la Burguesía en Cataluña*. Barcelona: Editorial Anthropos.
- LÓPEZ DE HEREDIA, Dolores. 1999. *Envejecimiento demográfico y mortalidad en Navarra, 1975-1991*. Madrid: Ediciones Rialp.
- LÓPEZ NÚÑEZ, Álvaro. 1926. *Marvá: biografía y bibliografía*. Madrid: Imprenta Clásica Española.
- LÓPEZ PIÑERO, José María, María Luz TERRADA. 2000. *Introducción a la Medicina*. Barcelona: Biblioteca de Bolsillo Crítica.
- MALDONADO MOLINA, Francisco Javier. 2001. *Las mutualidades de previsión social como entidades aseguradoras*. Granada: Editorial Comares.

- MALDONADO MOLINA, Juan Antonio. 2002. *Génesis y evolución de la protección social por vejez en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales / Tesorería General de la Seguridad Social.
- MARCOS MARTÍN, Alberto. 2000. *España en los siglos XVI; XVII y XVIII. Economía y sociedad*. Barcelona: Editorial Crítica.
- MARICHAL, Carlos. 1999. "De la banca privada a la gran banca. Antonio Basagoiti en México y España, 1880-1911". *Historia mexicana*, 48(4) [*España y México: relaciones diplomáticas, negocios y finanzas en el Porfiriato*]: 767-793. México.
- MARSET CAMPOS, Pedro, José Miguel SÁEZ GÓMEZ, Fernando MARTÍNEZ NAVARRO. 1995. "La salud pública durante el franquismo". *Dynamis*, 15: 211-250. Granada.
- MARTÍNEZ, Jesús A. 2001. *Historia de la edición en España, 1836-1936*. Madrid: Marcial Pons.
- MARTÍNEZ NAVARRO, Francisco, Sergio MILLARES CANTERO. 2007. *Juan Negrín López*. Las Palmas de Gran Canaria: Gobierno de Canarias / Agencia Canaria de Investigación, Innovación y Sociedad de la Información.
- MARTÍNEZ DE VELASCO, Ángel. 1999. *Historia de España: La España de Fernando VII*. Madrid: Espasa Calpe.
- MATEO BLANCO, Joaquín. 1980. "Inocencio Jiménez y la acción cooperativa católica". *Cuadernos de Aragón*, 12/13: 129-143. Zaragoza, 1980.
- MIRANDA ENCARNACIÓN, José Antonio. 2003. "El fracaso de la industrialización autárquica". En: Carlos Fernando Barciela López (ed.). *Autarquía y mercado negro: el fracaso económico del primer franquismo, 1939-1959*. 95-122. Barcelona: Crítica.
- MIRANDA VALDÉS, Javier. 2005. *Aureliano Fernández-Guerra (1816-1894) un romántico, escritor y anticuario*. Madrid: Real Academia de la Historia.
- MOLERO MESA, Jorge. 1994. "Enfermedad y previsión social en España durante el primer franquismo (1936-1951). El frustrado seguro obligatorio contra la tuberculosis". *Dynamis*, 14: 199-225. Granada.
- MOLINERO, Carme. 1988. *Productores disciplinados y minorías subversivas: clase obrera y conflictividad laboral en la España Franquista*. Madrid: Siglo XXI.
- MONLAU, Pedro Felipe. 1858-1864. *El monitor de la salud de las familias y la salubridad de los pueblos*. Madrid: Carlos Bailly-Billiere. 7 vols.
- MONTERO, Feliciano, Javier TUSELL. 1997. *Historia de España*. Madrid: Espasa-Calpe.
- MONTERO GARCÍA, Feliciano. 1988. *Los Seguros Sociales en la España del siglo XX. Orígenes y antecedentes de la previsión social*. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- MOÑINO Y REDONDO, José [conde de Floridablanca]. 1829. *Escrito clásico del reinado del Sr. D. Carlos III, que se cita al fólío 465 del tomo noveno de la nueva edición de la "Historia general de España" del P. Mariana*. Madrid: Imprenta de los hijos de doña Catalina Piñuela.
- MORO, José M<sup>a</sup>. 2003. *Las epidemias de cólera en la Asturias del siglo XIX*. Oviedo: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo.

- MOYA PUEYO, Vicente, Bernabé ROLDÁN GARRIDO, José Antonio SÁNCHEZ SÁNCHEZ. 1994. *Odontología legal y forense*. Madrid: Editorial Elsevier.
- MUNIESA I BRITO, Bernat. 2005. *Dictadura y transición: La España lampedusiana*. Barcelona: Edicions Universitat Barcelona.
- MUÑOZ MACHADO, Santiago. 1975. *La sanidad pública en España (Evolución histórica y situación actual)*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de la Administración Pública.
- ORTEGA AGUAZA, Bienvenido, J. Aníbal NÚÑEZ CARRASCO. 2002. "El proceso de crecimiento de la economía española (I): Los cambios que introduce el Decreto-ley de ordenación económica de 21 de julio de 1959". En: Elvira Martínez Chacón (coord.). *Economía española*: 57-82. Barcelona: Ariel.
- ORTIZ HERAS, Manuel, David RUIZ GONZÁLEZ, Isidro SÁNCHEZ SÁNCHEZ. 2001. *Movimientos sociales y Estado en la España contemporánea*. Ciudad Real: Ediciones de la Universidad de Castilla La Mancha.
- PALANCA Y MARTÍNEZ-FORTÚN, José Alberto. 1958. *Discurso correspondiente a la apertura del curso académico 1958-1959*. Madrid: Universidad Central [Imprenta Estados].
- PAREDES ALONSO, Francisco Javier. "Los bienios progresista y moderado (1954-1958)". En: Francisco Javier Paredes Alonso (coord.). *Historia Contemporánea de España. Siglo XIX*: 224-233. Barcelona: Editorial Ariel.
- PASCUA, Pedro. 1999. *El compromiso intelectual del político: Ministros escritores en la Restauración Canovista*. Madrid: Ediciones de la Torre.
- PASCUAL MEDRANO, Amelia. 1998. *La Regencia en el derecho constitucional español*. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.
- PEREIRA, Juan Carlos. 2009. *La política exterior de España 1800-2003*. Barcelona: Editorial Ariel Historia.
- PINILLA TURIÑO, Carlos. 1987. *Como el vuelo de un pájaro*. Madrid: Publisalud.
- POSADA, Adolfo. 1981. *Breve historia del krausismo español*. Oviedo: Universidad de Oviedo.
- QUIROGA FERNÁNDEZ DE SOTO, Alejandro. 2000. "La idea de España en los ideólogos de la dictadura de Primo de Rivera. El discurso católico-fascista de José Pemartín". *Revista de Estudios Políticos*, 108: 197-224. Madrid.
- REDONDO, Gonzalo. 1993. *Historia de la Iglesia en España (1931-1939)*. Madrid: Ediciones Rialp.
- REYNOLDS, Christopher. 2004. *Public Health Law Regulation*. Sydney: The Federation Press.
- RODRÍGUEZ NOZAL, Raúl. 2004. *Uriach – Cambroner – Gallego. Farmacia e Industria. La producción de los primeros medicamentos en España*. Madrid: Nivola.
- RODRÍGUEZ NOZAL, Raúl. 2011. "¿Fortuna o desdicha? La entrada de la penicilina en la España de la autarquía, un nuevo desafío para la farmacia y la industria farmacéutica". En: Antonio González Bueno Guillermina López Andújar, María Dolores Cabezas López, Carmen Martín Martín, Juan Esteva de Sagrera (eds.). *Homenaje al Prof. Dr. José Luis Valverde*: 515-550. Granada: SDUHFE / Universidad de Granada.

- RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban. 1992. *Por la salud de las naciones: higiene, microbiología y medicina social*. Tres Cantos (Madrid): Ediciones Akal.
- ROMEU DE ARMAS, Antonio. 1981. *Historia de la previsión social en España*. Barcelona: El Albir.
- ROSEN, George. 1985. *De la policía médica a la medicina social. Ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. México, DF: Siglo XXI. [Edición original: *From medical police to social medicine*. New York: Science history publications, 1974].
- RUBIO CABEZAS, Manuel. 1996. *Diccionario básico de la guerra civil española*. Barcelona: Plaza y Janés.
- RUEDA HERNÁNZ, Germán. 2006. *España 1790-1900: Sociedad y condiciones económicas*. Tres Cantos (Madrid): Ediciones Istmo.
- SABATÉ TOBELLÀ, Joan. 2007. "Necrològica. Prof. Ramón San Martín Casamada. In memoriam (1910-2006)". *Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya*, 22(1): 28-30. Barcelona, 2007.
- SALINAS SALINAS, Carlos. 1999. "Descripción de los fondos benéfico-sanitarios del Archivo Municipal del Campello". En: Ángel Beneito Lloris, Francesc X. Blay Meseguer, Joan Lloret Pastor (coord.). *Beneficència i Sanitat en els municipis valencians*: 105-113. Valencia: Seminarios de Estudios sobre la Ciencia / Universidad de Valencia.
- SAN ROMÁN LÓPEZ, Elena. 1999. *Ejército e Industria: El nacimiento del INI*. Barcelona: Crítica.
- SÁNCHEZ NAVARRO, Domingo A. 2003. *La gestión de la Seguridad Social en España*. Madrid: Consejo Económico y Social.
- SANTESMASES, María Jesús. 1999. *Antibióticos en la Autarquía: banca privada, industria farmacéutica, investigación científica y cultura liberal en España, 1940-1960*. Madrid: Fundación Empresa Pública.
- SANZ SERRANO, María Jesús. 1996. *Una hermandad gremial: San Eloy de los Plateros 1341-1914*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- SERNA, Ricardo. 2008. *Estudios masónicos. Cinco ensayos en torno a la Francmasonería*. Santa Cruz de Tenerife: Ediciones Idea.
- SIGERIST, Henry. 1987. "Johann Peter Frank: Un pionero de la Medicina Social". En: D. López Acuña, I. Almada Bay (dir.). *Hitos en la Historia de la Salud Pública*: 66-84. México: Siglo Veintiuno Editores. [Reimpreso en *Salud colectiva*, 2(3): 269-280. Buenos Aires, 2006].
- SOTO CARMONA, Álvaro. 1989. *El trabajo industrial en la España contemporánea, 1874-1936*. Madrid: Anthropos.
- STEIN, Oswald. 1929. *Le droit international des assurances*. Coulommiers: Paul Brodard.
- SUÁREZ BILBAO, Fernando. 2005. *Génesis de una institución colegial. La congregación y colegio de abogados de la corte de Madrid (1596-1732)*. Madrid: Dykinson, SL.
- TUSELL, Javier. 1989. "Un giro fundamental en la política española durante la segunda guerra mundial: la llegada de Jordana al Ministerio de Asuntos Exteriores". En: José Luis García Delgado (ed.). *El primer franquismo. España durante la segunda*



- guerra mundial* [V Coloquio sobre Historia Contemporánea de España]: 281-294. Madrid: Siglo XXI.
- TUSELL, Javier. 1989. "La Etapa Jordana". *Espacio, tiempo y forma. Serie V, Historia contemporánea*, 2: 169-190. Madrid.
- UNIVERSIDAD PONTIFICIA DE COMILLAS. 2006. *Una nueva voz para nuestra época: Populorum Progressio*. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas.
- USUNÁRIZ GARAYOA, Jesús María. 2004. "Cultura y mentalidades". En: Alfredo Floristán Imízcoz (coord.). *Historia de España en la Edad Moderna*: 103-131. Barcelona: Ariel.
- VACA DE OSMA, José Antonio. 1992. *La Masonería y el Poder*. Barcelona: Editorial Planeta.
- VALÍN FERNÁNDEZ, Alberto. 2008. *Masonería y revolución: Del mito literario a la realidad histórica*. Santa Cruz de Tenerife: Ediciones Idea.
- VARELA SUANCES-CARPEGNA, Joaquín. 2003. *Orígenes del liberalismo: universidad, política, economía*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
- VIDAL MANZANARES, Gustavo. 2009. *La vida y la época del fundador del PSOE y UGT: Pablo Iglesias*. Madrid: Editorial Nowtilus.
- VILLALOBOS RACIONERO, Isidoro. 2008. "Cofradías y vida cofradiera en Villarrubia de los Ojos durante la Edad Moderna". *Cuadernos de Estudios Manchegos*, 32: 79-115. Ciudad Real.
- VIÑAS, Ángel. 1979. *Política comercial exterior en España (1931-1975)*. Madrid: Banco Exterior de España. Servicio de Estudios Económicos.
- VOLTES BOU, Pedro. 2004. *Bismarck*. Madrid: Ediciones Palabras.